

Universidade Técnica de Lisboa

Instituto Superior de Economia e Gestão

Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional

Dissertação de Mestrado

**A Fixação de Profissionais de Saúde nos Países em Desenvolvimento:
o Problema da Sustentabilidade no Projecto «Saúde para Todos»
em São Tomé e Príncipe**

Maria Roque de Pinho Carvalhosa Empis

Orientação: Doutor Manuel António de Medeiros Ennes Ferreira

Júri:

Presidente:

Doutor João António Ramos Estevão, professor auxiliar do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais:

Doutor Eduardo Costa Dias, professor auxiliar do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, do Instituto Universitário de Lisboa

Doutor Manuel António de Medeiros Ennes Ferreira, professor auxiliar do Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa

Novembro, 2010

Resumo

O presente trabalho pretende colocar em questão a sustentabilidade de acções que impliquem a atribuição de incentivos a profissionais de saúde com as competências essenciais ao desempenho das suas funções, durante um período de tempo limitado, com o objectivo da sua fixação em países onde é elevada sua carência. Para tal, é utilizado um caso — projecto em implementação desde 2005 por uma ONGD portuguesa, cujo objectivo específico é garantir a qualidade na prestação e na gestão de um conjunto integrado de cuidados de saúde (preventivos, primários e assistenciais) nos sete distritos de São Tomé e Príncipe — em que toda a sua equipa é constituída por técnicos locais que recebem, adicionado à remuneração por parte do Estado, um complemento de salário no âmbito do projecto. Contando o projecto com o apoio de financiadores durante um período limitado de tempo, uma vez terminado esse financiamento, os seus quadros técnicos deixarão de contar com aquele complemento de salário. Sendo hipotéticos emigrantes à procura de condições económicas equivalentes às que obtiveram durante o tempo de duração do projecto, se tal acontecer, os objectivos do projecto serão pervertidos. Perante esta dúvida, são analisados os riscos e benefícios de projectos algo controversos relativamente a estratégias de fixação de recursos humanos de saúde nos países beneficiários, procurando proporcionar não só a financiadores como a executores de projectos de saúde um instrumento de análise comprovado.

Palavras-chave: saúde, sustentabilidade, fuga de cérebros, capital humano, salários, países em desenvolvimento

Abstract

This paper aims to put into question the sustainability of actions involving the granting of incentives, for a limited period of time, to health professionals with the essential skills to the performance of their duties, to stem the flow of labour abroad mainly from countries where the shortage of health human resources is high. A case study is used, a project under implementation since 2005 by a Portuguese NGO, whose specific objective is to ensure the provision of quality preventive and primary healthcare in seven districts of São Tomé and Príncipe - where the entire team consists of local workforce that receive, added to their salary from the state, incentives from the project. Depending this project on the support of donors, once such funding is finished, if the technical staff covered by the project no longer rely on such additional wages, they are hypothetical migrants seeking economic conditions equivalent to those obtained during the project. If this happens the project objectives will be perverted. Given this doubt, the risks and benefits of this type of some controversial projects are analysed, focusing on strategies with the aim of reducing brain drain, trying to give to donors and promoters of development projects a proven analysis tool.

Key words/expressions: health, sustainability, brain drain, human capital, wages, developing countries

Siglas

APD – Ajuda Pública ao Desenvolvimento

BAD – Banco Africano de Desenvolvimento

BM – Banco Mundial

CAD – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento

CE – Comissão Europeia

FMI – Fundo Monetário Internacional

HAM – Hospital Ayres de Menezes

HIPC - *Heavily Indebted Poor Countries*

IMVF – Instituto Marquês de Valle Flor

IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

ISEG – Instituto Superior de Economia e Gestão

JLI – *Joint Learning Initiative*

MDRI - *Multilateral Debt Relieve Initiative*

MLSTP – Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe

MS-STP – Ministério da Saúde de São Tomé e Príncipe

NGO – Non-governmental Organization(s)

NU – Nações Unidas

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OGE – Orçamento Geral do Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização(ões) Não-Governamental(ais)

ONGD – Organização(ões) Não-Governamental(ais) para o Desenvolvimento

ONU – Organização das Nações Unidas

PAE – Programa de Ajustamento Estrutural

PIB – Produto Interno Bruto

PIEVD - Pequenas Ilhas-Estado em Vias de Desenvolvimento

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PRGF - *Poverty Reduction Growth Facility*

SIDA – Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida

SNS – Sistema Nacional de Saúde

STP – São Tomé e Príncipe

UNDP – *United Nations Development Programme*

UNICEF – *United Nations Children’s Fund*

USAID – *United States Agency for International Development*

WHO – *World Health Organisation*

Índice Geral

Resumo	2
Abstract	3
Siglas	4
Introdução	8
Metodologia	10
 Capítulo I – Enquadramento Teórico	 11
1.1. Sustentabilidade: Origem do Conceito	11
1.2. Sustentabilidade: Explicação do Conceito.....	13
1.3. A Responsabilidade das ONG na Procura da Sustentabilidade.....	16
1.4. Sustentabilidade de Acções de Retenção de Profissionais de Saúde	18
 Capítulo II – Caracterização do País	 21
2.1. Breve Caracterização Económica de São Tomé e Príncipe	21
2.1.1. Dependência Externa	25
2.2. Panorama Geral da Saúde de São Tomé e Príncipe	26
2.3. Contratação Externa para a Prestação de Cuidados de Saúde	29
 Capítulo III – Apresentação do Projecto «Saúde para Todos»	 31
3.1. A Necessidade de Intervenção	31
3.2. Evolução da Intervenção	33
3.3. Estratégia de Intervenção	34
3.4. Avaliação do Projecto	35
 Capítulo IV – Sustentabilidade do Projecto «Saúde para Todos»	 38
4.1. Abordagem do Problema da Emigração de Recursos Humanos de Saúde em África	38
4.1.1. Situação Global	38
4.1.2. Situação Africana	39
4.2. A Saúde na Ajuda ao Desenvolvimento	41
4.2.1. A Saúde, um Direito Humano Fundamental	41
4.2.2. Deveres dos Países Desenvolvidos	41

4.3. Riscos e Benefícios dos Incentivos por Períodos Limitados	42
4.3.1. A Importância dos Recursos Humanos nos Sistemas de Saúde	42
4.3.2. Efeitos da Mobilidade Internacional de Profissionais de Saúde	43
4.3.3. Formas de Actuação para a Retenção de Quadros de Saúde	44
4.3.3.1. Motivação de Quadros de Saúde	44
4.3.3.1.1. Incentivos Financeiros	45
4.3.3.1.2. Incentivos não Financeiros	45
4.3.4. A Importância da Avaliação do Impacto de Iniciativas Motivadoras	46
4.4. Análise do Projecto «Saúde para Todos»	47
4.4.1. Resultados de Inquérito efectuado aos Médicos do Projecto	47
4.4.2. Importância da Sustentabilidade dos Projectos	48
4.4.3. Apropriação do Projecto	49
4.4.4. O Futuro do Sector da Saúde em São Tomé e Príncipe.....	50
4.4.5. Projectos de Desenvolvimento como Catalisadores de Mudança	51
Conclusão	53
Bibliografia	55
Anexo I	62

Introdução

A saúde em São Tomé e Príncipe enfrenta sérios problemas de natureza estrutural, agravada por um contexto de pobreza generalizada, má nutrição, carência de estruturas básicas de saneamento e água potável e falta de literacia e sensibilidade da população para hábitos de vida saudáveis. Um dos aspectos críticos do funcionamento do sistema de saúde do país é a carência de recursos humanos com as competências essenciais ao desempenho das suas funções. Não tem dimensão nem capacidades para assegurar a formação de médicos, maioritariamente realizada em Portugal, Cuba, Moçambique e Brasil, os quais raramente regressam ao seu país, instalando-se nos países de formação. Por outro lado, o efectivo médico nacional tem vindo a envelhecer, temendo-se que tal situação desencadeie, dentro de cerca de 10 anos, uma crise grave de carência de médicos nacionais. Ao nível da gestão e do planeamento, bem como na gestão dos financiamentos internacionais e articulação da ajuda de organizações não-governamentais (ONG) também existem debilidades estruturais e a instabilidade política, que determina a mudança frequente de governos e ministros, agrava a situação, impossibilitando a constituição de um património de memória do sistema que impeça a repetição de erros.

O projecto «Saúde para Todos» em São Tomé e Príncipe, promovido pela Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento (ONGD) portuguesa Instituto Marquês de Valle Flor (IMVF), enquadra-se nos objectivos da política sanitária adoptada pelo Governo de São Tomé e Príncipe em 2000, a qual visa promover a integração total da saúde no desenvolvimento do país, com base no desenvolvimento dos distritos sanitários, através dos cuidados de saúde primários e do desenvolvimento de parcerias, designadamente com ONG.

A decorrer até 2012, esta iniciativa pretende melhorar a qualidade e promover a sustentabilidade dos cuidados preventivos, primários e assistenciais de saúde daquela população através da reestruturação funcional e promoção da operacionalidade do seu sistema de saúde. Toda a equipa do projecto é constituída por técnicos locais, cuja fixação - através de um incentivo no âmbito do projecto, adicionado à remuneração que auferem por parte do Estado santomense - e capacitação, representa um pilar fundamental para o desenvolvimento e futuro do país.

Assim, e sendo os técnicos do projecto potenciais emigrantes à procura de condições económicas equivalentes às que beneficiam durante o tempo de duração do projecto «Saúde para Todos», este trabalho tem como objectivo aquilatar os benefícios e riscos deste tipo de projectos partindo de algumas premissas:

- Os benefícios criados pelo projecto poderão ser uma forma de São Tomé e Príncipe vir a accionar mecanismos para assegurar a sua manutenção, seja através de financiamento internacional, seja através da reorientação da despesa do Orçamento Geral de Estado, criando a capacidade para equiparar os salários de todos os seus funcionários públicos aos dos quadros abrangidos pelo projecto «Saúde para Todos»?;
- Partindo do princípio de que o país não terá capacidade para assegurar a manutenção do projecto, visando este promover a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, deverá ser considerado positivo mesmo durante um período de tempo limitado (8 anos)?;
- Os resultados positivos do projecto poderão ser inferiores aos negativos tendo em conta que os poucos médicos que o país detinha virão a emigrar e o país virá a perder em número de médicos?

No capítulo I faz-se a contextualização teórica do trabalho, explicando a origem e evolução do termo sustentabilidade, relevando a sua importância em projectos de desenvolvimento que promovam a retenção de profissionais de saúde, no capítulo II é elaborada a caracterização do país, São Tomé e Príncipe, onde o projecto em estudo decorre e é demonstrada a necessidade deste tipo de intervenções externas, no capítulo III, através da apresentação do projecto «Saúde para Todos» promovido por uma ONGD portuguesa, salientam-se os seus aspectos inovadores valorizando a opção por recursos humanos locais a trabalhar no projecto, através da atribuição de incentivos à sua fixação. Por último, no capítulo IV é efectuada a análise da viabilidade da sustentabilidade do projecto «Saúde para Todos» sobretudo no que respeita a manutenção dos médicos a trabalhar no país terminado o financiamento externo.

Metodologia

Para a elaboração deste trabalho foi reunida informação proveniente de diversas fontes, designadamente i) autoridades relevantes em São Tomé e Príncipe, (ii) responsáveis e agentes relevantes do projecto do IMVF, (iii) unidades de saúde (questionário aos profissionais de saúde), (iv) relatórios de actividade do IMVF, (v) relatórios de entidades externas, (vi) literatura científica relacionada com a sustentabilidade dos projectos de cooperação, *brain drain*, incentivos à fixação, etc.

Os artigos consultados, de especialistas, instituições ou organizações foram na sua maior parte retirados de *sites* da Web.

Capítulo I

Enquadramento Teórico

Neste capítulo faz-se a introdução do termo sustentabilidade na área da ajuda ao desenvolvimento, realça-se a importância da manutenção de benefícios introduzidos por projectos de desenvolvimento promovidos por ONG após o seu tempo de duração, abordando a questão específica de iniciativas de fixação de recursos humanos de saúde em países onde é grave a sua lacuna.

1.1. Sustentabilidade: Origem do Conceito

Até aos anos 80, os governos dos países doadores e as agências internacionais de financiamento promoveram a qualidade e a acessibilidade dos cuidados de saúde nos países em desenvolvimento num clima de optimismo. Em 1978, a declaração de Alma Ata (WHO, 1978) veio confirmar a saúde como um direito humano fundamental e a estratégia mundial para atingir a Saúde para Todos (WHO, 1981) defendia o aumento do investimento na saúde e a redistribuição de recursos de forma a atingir todas as pessoas, especialmente os mais pobres, com os cuidados de saúde básicos essenciais (LaFond, 1995).

Era expectável que a economia mundial continuasse a evoluir favoravelmente bem como o volume do apoio externo para os cuidados primários de saúde dos países em desenvolvimento. No entanto, no final da década de 80, a recessão mundial, a crise do petróleo e o declínio dos termos de troca¹ contribuíram para a fragilização das economias de muitos países. Em consequência disso, a ajuda pública ao desenvolvimento por parte dos países doadores baixou significativamente e os recursos

¹ A taxa à qual as exportações são trocadas pelas importações; é dado pelo rácio entre o índice de preços das exportações (ou o valor médio unitário destas) e o índice de preços das importações (ou o seu valor unitário médio). Uma melhoria (degradação) dos termos de troca corresponde a um aumento (diminuição) deste rácio: um dado volume de exportações permite pagar um maior (menor) volume de importações, in *Glossário de termos sobre estabilização conjuntural, ajustamento estrutural e outros temas económicos (ISEG, 1998)*.

para estimular o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento tornaram-se escassos, particularmente nos países da África subsariana, ao mesmo tempo que se deu uma deterioração do estado da saúde global, com maior incidência nos países em desenvolvimento, com o alastramento da epidemia do SIDA (LaFond, 1995, Olsen, 1998). O *World Development Report* de 1993 do Banco Mundial *Investing in Health* refere que o estado da saúde a nível mundial melhorou mas o ritmo dessa melhoria foi sendo desigual e os sistemas de saúde dos países em desenvolvimento continuaram muito frágeis em relação às necessidades da maioria da sua população.

Em 1997, apesar da Assembleia Mundial da Organização Mundial de Saúde (OMS) ter estabelecido a promoção dos cuidados primários de saúde como um novo modelo para a construção de sistemas de saúde, os progressos na sua acessibilidade e apropriação foram muito lentos. É inegável que a expansão da cobertura de cuidados preventivos e curativos tenha salvo milhões de pessoas, mas grande parte destes ganhos provaram ser de curto prazo e, frequentemente, os benefícios dos investimentos mantiveram-se apenas enquanto perdurou o financiamento pelos doadores. Muito embora se tenham feito esforços consideráveis, nem os governos dos países em desenvolvimento nem dos países doadores foram bem sucedidos em tornar esses benefícios duráveis e a dependência do financiamento externo foi aumentando especialmente para os serviços básicos ou de primeiro nível (LaFond, 1995).

É neste contexto que surge a preocupação com a sustentabilidade dos cuidados de saúde dos países em desenvolvimento e é questionada a qualidade do investimento no sector. Surgindo maior pressão para demonstrar a utilidade da ajuda de forma clara, alteraram-se as ideologias políticas dominantes dos países doadores quanto à percepção e perspectivas da ajuda internacional, introduziram-se conceitos economicistas no sector da saúde e o conceito de sustentabilidade no âmbito da avaliação da eficácia da ajuda. Pretendendo assegurar os benefícios do investimento, bem como maior credibilidade institucional, os doadores começaram a preocupar-se com os constrangimentos fundamentais ao alcance da sustentabilidade, de forma a contribuir para mudanças positivas e duradouras no estado da saúde dos países em desenvolvimento (LaFond, 1995).

Embora o termo desenvolvimento tenha implícito o conceito de sustentabilidade, e apesar de Bumgardner et al já em 1971 terem salientado a importância da construção de instituições para apoiar, fortalecer e perpetuar a inovação tecnológica, só nos anos 90,

num inquérito interno da experiência dos doadores, a *United States Agency for International Development* (USAID, 1998) descreveu a sustentabilidade como o teste final dos esforços de desenvolvimento. O conceito de desenvolvimento sustentável passou então a ser normalmente aplicado em termos de um projecto que vise atingir um objectivo específico ou um conjunto de objectivos num contexto de mudança progressiva (Hodgkin, 1994).

1.2. Sustentabilidade: Explicação do Conceito

Embora o conhecimento sobre planeamento, implementação e avaliação seja algo vasto, o da sustentabilidade dos programas de ajuda ao desenvolvimento tende a ser contraditório e fragmentado. Os actores envolvidos costumam considerá-la uma prioridade, não existindo, no entanto, um método simples de avaliação do seu grau. Por conseguinte, é difícil saber como e quando promover a sustentabilidade dos programas, como e quando avaliá-los (Pluye et al, 2004). Hodgkin (1994), por exemplo, forneceu algumas orientações que abordam a sustentabilidade no momento do desenho dos projectos: identificação e avaliação dos beneficiários do projecto, ou seja, a população a atingir, avaliação dos conhecimentos, atitudes e práticas dessa população, envolvimento dos beneficiários no desenho do projecto, compromisso das instituições do país beneficiário no projecto, capacitação das instituições a todos os níveis, reconhecimento do papel do sector privado, selecção de tecnologias apropriadas, viabilidade financeira. Contudo, a sustentabilidade não é quantificável e os níveis dos benefícios dos projectos são expressos de formas variadas, o que não permite uma explicação objectiva.

Tal como referido atrás, desde finais dos anos 80 o termo sustentabilidade tem merecido considerável atenção contendo a literatura uma variedade de termos que definem a sustentabilidade dos programas, designadamente, sobrevivência, manutenção, institucionalização, incorporação, integração, rotinização (Savaya et al, 2008). Uma das principais origens da definição foi a da *World Commission on Environment and Development* de 1987 (UN, 1987), liderada por Brundtland, onde é referido que o desenvolvimento é sustentável quando vai de encontro às necessidades do presente sem comprometer a capacidade de satisfazer as necessidades das gerações futuras.

De acordo com LaFond (1995), a definição utilizada pela maioria dos doadores para projectos de saúde é a referida pela USAID, ou seja, um programa ou projecto de saúde é sustentável quando tem a capacidade de proporcionar serviços de saúde ou sustentar os

seus benefícios após cessar o apoio externo técnico e financeiro. Olsen (1998), por sua vez, defende que um serviço de saúde é considerado sustentável quando operado por um sistema organizacional com capacidade de longo-prazo de mobilização e alocação de recursos suficientes para levar avante as actividades necessárias.

O Banco Mundial (BM) utilizou, tal como outras organizações, uma abordagem bastante limitada, centrando-se na auto-suficiência financeira, (*World Bank*, 1987) o mesmo se passando com Chen e Singh (1995), que encaram a sustentabilidade de um projecto em termos económicos, centrando-se na retirada dos doadores, contribuindo para a sustentabilidade dos sistemas a eficácia, a continuidade e a mobilização de recursos suficientes para a autonomia.

A *United Nations Children Fund* (UNICEF, 1992) por sua vez sugere que um sistema é sustentável se tiver capacidade para produzir benefícios, suficientemente reconhecidos pelos utilizadores, que permitam assegurar recursos suficientes para dar continuidade a actividades futuras (Olsen, 1998).

A *Canadian Public Health Association* (CPHA, 1990) utiliza uma abordagem mais abrangente, defendendo que um sistema de cuidados primários de saúde é sustentável quando enquadrado numa estratégia global de desenvolvimento social e económico ao nível local, regional, nacional e internacional, cujos resultados se vejam reflectidos não só na redução da doença mas também na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, qualidade de vida e acesso de todos os membros da sociedade a novas oportunidades. A capacidade das comunidades participarem nas mudanças necessárias das estruturas sociais, ambientais, financeiras e técnicas torna-se essencial para o desenvolvimento sustentável dos serviços de prestação de cuidados de saúde primários.

Stefanini e Ruck (1991/1992) consideram um projecto sustentável se através dos serviços por ele prestados forem produzidos resultados que a comunidade, a nível local e nacional, valorize e se disponibilize a contribuir com os recursos e apoio político necessários à sua manutenção, de forma a atingir resultados de longo prazo. Assim definido, sustentabilidade e desempenho interno (processo de transformação de *inputs* em *outputs* de acordo com os critérios de eficiência, eficácia e equidade) são considerados os ingredientes necessários para um projecto de sucesso. Consideram três factores a ter em conta para determinar a sustentabilidade de um projecto: viabilidade da organização, existência de especialistas, gestores, técnicos e recursos necessários que

proporcionem um contexto em que seja possível medir indicadores. Também sublinham a importância de reforçar os sistemas existentes em vez de desenvolver sistemas paralelos. A sustentabilidade não é uma condição estática mas um processo evolutivo.

LaFond (1995) relaciona o conceito de sustentabilidade com a capacidade dos sistemas de saúde funcionarem eficazmente com um mínimo de *inputs* externos, colocando menos ênfase nos doadores e mais nos próprios sistemas. A capacidade de assegurar recursos localmente, bem como a sua utilização de forma eficiente e eficaz são aspectos básicos. No entanto, em relação a países em desenvolvimento, que continuarão a depender da ajuda externa, é introduzido na definição o termo *inputs* externos mínimos com a noção de que um sistema de saúde pode tornar-se auto-suficiente em algumas áreas.

Stevens et al (2006) apontam duas categorias de factores que afectam a sustentabilidade de um projecto após a perda do financiamento original. A primeira consiste em factores inerentes ao modelo do projecto, às acções levadas a cabo pela própria organização, e a segunda é composta por elementos relacionados com o ambiente em que ele se insere, tais como a capacidade da comunidade fornecer recursos financeiros adicionais ao projecto. Também defendem que alguns projectos têm características que os tornam mais próximos de alcançar a sustentabilidade, como a flexibilidade do modelo, a detenção de uma estrutura organizacional que lhes permita desenvolver planos de longo prazo, uma liderança forte que incorpore redes locais.

Do ponto de vista de Shediak-Rizkallah e Bone (1998), a sustentabilidade é provavelmente uma questão de grau, e não um fenómeno «tudo-ou-nada». No entanto, reafirmam a necessidade de indicadores que sirvam os objectivos da sustentabilidade, que devem ser monitorizados durante e após o período de execução dos projectos, e elegem o financiamento como o factor que provavelmente mais influencia a sustentabilidade. Para além do apoio de doadores externos, a sustentabilidade financeira de um projecto depende geralmente de uma das duas fontes de financiamento nacional: o apoio do governo do país de acolhimento ou o apoio dos beneficiários, através de mecanismos de recuperação de custos (Bossert, 1990). Para Bossert (1990), a disponibilidade de fundos nacionais, após o termo do financiamento externo relaciona-se com os esforços de conquista de fontes alternativas de apoio financeiro durante a vigência do projecto e a independência progressiva do apoio externo (por exemplo, através da absorção progressiva das despesas correntes no orçamento governamental).

Em síntese, esta considerável variedade de definições permite concluir que o conceito de sustentabilidade, baseado na necessidade de bem-estar das gerações futuras num universo com recursos limitados (Bossel, 1999) é um fenómeno complexo, multidimensional, afectado por uma ampla gama de indicadores não existindo ainda uma teoria bem definida (Savaya et al, 2008). O conceito de sustentabilidade pode ter diversos significados, sendo importante que os avaliadores de projectos especifiquem que tipo de sustentabilidade pode ocorrer nos programas que avaliam (Scheirer et al, 2008). Para além disso, diversos factores externos, inimputáveis aos projectos, como programas concorrentes, relações de poder, políticas governamentais poderão estar envolvidos, sobre os quais os projectos têm controlo limitado (Sarriot et al, 2004). Apesar dos factores que afectam a sustentabilidade ainda não estarem hoje completamente esclarecidos, a ideia de que a sustentabilidade deve ser uma componente integral da avaliação de programas de saúde e desenvolvimento é hoje amplamente aceite (Scheirer, 2005), bem como a necessidade de uma linguagem comum, ferramentas para planeá-la e identificação de indicadores baseada em modelos analíticos válidos (Sarriot et al, 2004a).

Scheirer (2005) nos estudos que efectuou considera existirem provas validadas de que algum tipo de sustentabilidade é frequentemente possível, pelo que a investigação sistemática sobre a forma de manter programas no longo-prazo, apesar de se encontrar numa fase primária (Shediac-Rizkallah e Bone, 1998) e pese embora as diferentes abordagens (Scheirer et al, 2008), deve ser prosseguida, tendo em vista a durabilidade das intervenções (Sarriot, 2004a) no âmbito da ajuda ao desenvolvimento.

1.3. A Responsabilidade das ONG na Procura da Sustentabilidade

Diversos estudos efectuados nos últimos anos concluem que as ONG têm sido relativamente eficazes no alcance de resultados imediatos. Em algumas circunstâncias poder-se-á afirmar que são uma alternativa importante ao Estado e têm sido uma força importante no processo de desenvolvimento (Fisher, 1997). São mais propensas à inovação, rápidas na implementação de iniciativas, podendo ser um meio através do qual os obstáculos ao desenvolvimento são superados. São alternativas aos paradigmas de desenvolvimento existentes, pelo seu potencial de influência moral e política, e veículos para a transformação das relações de poder, capazes de transformar Estados e Sociedades. Hoje em dia, têm-se feito evoluir para a especialização no desenvolvimento

assentando nos princípios da parceria com outras ONG, grupos locais, entidades públicas e privadas, da capacitação das pessoas e instituições e da apropriação pelas populações dos efeitos do processo de desenvolvimento (Rebola, 2004, Sarriot, 2004a).

Uma vez que os recursos disponibilizados pela ajuda pública ao desenvolvimento cada vez mais se têm dirigido a estes actores da sociedade civil, os níveis de exigência quanto à obtenção de resultados por parte destes actores também tem vindo a aumentar (Degnbol-Martinussen e Engberg-Pedersen, 2003). Actualmente, estima-se que existam entre 15 e 20 mil ONG a nível mundial e, em Portugal, a vaga de descolonizações nos anos 60, deu origem a uma proliferação de ONG (Rebola, 2004). Na década de 80 surge a tese do desenvolvimento auto-sustentado passando estas organizações a prestar maior atenção aos recursos locais, económicos e humanos, ao impacto das suas acções (Rebola, 2004).

As ONG desenvolvem projectos de desenvolvimento que visam reunir meios e dar origem a um valor acrescentado em função de objectivos de desenvolvimento previamente delineados. Tem sido difícil documentar os efeitos positivos de longo prazo dirigidos às populações vulneráveis e o impacto das suas acções; do estudo concluído em 1997 por iniciativa do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) resultou que 90% das ONG têm feito esforços relevantes focalizando-se mais, no entanto, em diminuir os efeitos da pobreza do que em atacar as verdadeiras causas da pobreza (Degnbol-Martinussen e Engberg-Pedersen, 2003). Nas duas últimas décadas, alguns analistas começaram a questionar-se sobre projectos promovidos por ONG e financiados pela ajuda internacional, que continuamente falham em atingir os objectivos a que se propõem (Powell, 2001) e não são sustentáveis no longo prazo. Algumas razões têm sido apontadas para esta lacuna como a concepção dos projectos, que frequentemente não tem em conta, por exemplo, as especificidades do país onde é executado, a prática de exportar modelos ocidentais para os países em desenvolvimento, o reduzido envolvimento de instituições dos países em desenvolvimento na identificação, concepção, execução e gestão de projectos (Godfrey et al, 2002). Como defende Rosenberg (2008), à partida, e de um ponto de vista genérico, os projectos com maior probabilidade de sucesso e consequentemente de sustentabilidade do longo prazo são os que envolvem não só a colaboração dos Governos como também o pessoal local, desde o seu início, no processo de gestão. Também, e de acordo com Godfrey et al (2002), o sub-financiamento crónico dos Governos dos países aos quais se dirigem as

acções de determinados projectos dificulta a sua implementação e ameaça a sustentabilidade financeira dos mesmos. Outras vezes, (Courtney, 2007) a falta de continuidade das intervenções deve-se muitas vezes, não a falta de financiamento mas a falta de planeamento, já que os locais vêm-nas frequentemente como algo dirigido de fora, com recursos externos, com um termo certo, não incentivando a apropriação nem a responsabilidade dos locais (Courtney, 2007). Courtney (2007) considera por isso que as relações de trabalho entre as ONG, doadores, Ministérios e comunidades beneficiárias devem ser colaborativas, utilizando os recursos locais da melhor forma possível, aproveitando os conhecimentos das ONG e os sistemas e processos criados pelos doadores, trabalhando em prol de objectivos partilhados.

A dificuldade enfrentada por estes actores da sociedade civil no alcance da sustentabilidade dos seus projectos tem consequências não apenas de incumprimento de objectivos de desenvolvimento, mas também de desperdício de recursos humanos, monetários, técnicos, investimento que poderia ser melhor aproveitado noutras circunstâncias e uma diminuição da confiança das comunidades beneficiárias para a recepção de programas futuros (Gruen et al 2008).

1.4. Sustentabilidade de Acções de Retenção de Profissionais de Saúde

A falta de recursos humanos em saúde é endémica nos países de África subsariana. Em média, existe um médico para 8.000 pessoas, existindo disparidades entre as zonas rurais e urbanas. O *World Health Report* de 2006 da OMS prescreve uma acção sustentada ao longo da próxima década através de lideranças nacionais fortes que forneçam políticas adequadas de recursos humanos para a saúde.

Os países desenvolvidos têm contribuído para este défice ao recrutar médicos das regiões em desenvolvimento, sobretudo na África subsariana, levando a resultados negativos em saúde e contrariando o Direito à Saúde tal como convencionado na Declaração dos Direitos Humanos, em diversas convenções internacionais e numerosas declarações e tratados legalmente comprometedores, que incluem a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (NU, 1979), a Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 1989), o *Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers: The Melbourne Manifesto* (2002), o *World Medical Association Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians* (2003), o UK

Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals (2004). A *World Health Organisation (WHO) task force against the brain drain* (2007), demonstra claramente o reconhecimento dos problemas da migração de trabalhadores de saúde dos países pobres para os ricos bem como o “Programa europeu de acção, para fazer face à escassez crítica de profissionais da saúde nos países em desenvolvimento (2007-2013)” (CE, 2006).

Embora venha a ser sentida a necessidade de aprofundar as razões das migrações de trabalhadores de saúde e as estratégias dirigidas para a fixação de trabalhadores de saúde, através da melhoria das condições locais, venham a ser discutidas há muitos anos, as migrações continuam a aumentar e os esforços de compensação dos países que perdem trabalhadores são inadequados.

Os baixos salários são um dos factores que mais têm contribuído para a migração destes trabalhadores para países com níveis salariais mais elevados e o seu aumento, a fim de proporcionar incentivos para melhorar o desempenho, ou para preenchimento de lacunas em áreas carentes, são estratégias cada vez mais utilizadas para o cumprimento de objectivos dos sistemas de saúde (Bossert et al, 2007).

No contexto da saúde, são necessários por vezes incentivos, ou seja uma determinada forma de pagamento aos trabalhadores quando se pretende produzir alguma mudança, tendo em vista a obtenção de objectivos a nível do sistema, equilíbrio de competências, adequada distribuição geográfica, maior eficiência e eficácia (Adams et al, 2000). Estes incentivos, financeiros e não financeiros, são também geralmente considerados como uma opção de ajuda ao recrutamento e retenção em áreas onde existe falta de trabalhadores de saúde (Adams et al, 2000).

É certo que os recursos financeiros dos doadores e agências internacionais, proporção significativa dos gastos públicos nos países de baixo rendimento, têm sido cada vez mais utilizados em reformas da política de pessoal de saúde e, nalguns países, têm apoiado os aumentos salariais, tendo as ONG frequentemente um papel importante especificamente na área dos recursos humanos para a saúde. No entanto, e tendo em conta as evidências de que a emigração de pessoal de saúde dos países em desenvolvimento deverá persistir, os incentivos como alavanca adequada para motivar os profissionais de saúde podem acarretar uma série de desvantagens uma vez que os países em desenvolvimento enfrentam graves problemas orçamentais e esta opção como

forma de contornar os baixos salários, recursos inadequados, falta de perspectivas de carreira profissional, pode não ser viável.

São Tomé e Príncipe (STP) apresenta, como um dos aspectos críticos do funcionamento do seu sistema de saúde, a carência de recursos humanos. Apesar dos benefícios que o projecto «Saúde para Todos» tem trazido ao país favorecendo a retenção dos quadros de saúde do seu Ministério da Saúde (MS-STP) através da atribuição de incentivos financeiros, enquanto o projecto perdura, a continuidade desta iniciativa será posta em causa após o término do financiamento pelos doadores. Esta questão é frequentemente colocada por actores de cooperação para o desenvolvimento relativamente a incentivos aplicados em programas de cooperação para o desenvolvimento, a mudanças aparentes de curto-prazo que os mesmos implicam, a sua congruência com os objectivos internacionais de luta contra a pobreza, se proporcionam mudanças de comportamentos e se são sustentáveis.

Capítulo II

Caracterização do País

Este capítulo tem como objectivo analisar a estrutura da economia de S. Tomé e Príncipe, a reduzida capacidade de produzir e gerar riqueza e apresentar uma justificação para a necessidade de financiamento externo. Será efectuada uma apresentação do panorama geral da saúde do país e, tendo em conta a situação precária em que o mesmo se encontra, terminará com uma nova abordagem para a prestação de cuidados de saúde, através da contratação externa, tendo como base situações semelhantes, para as quais foi a melhor solução encontrada numa perspectiva da atenção às populações mais vulneráveis.

2.1. Breve Caracterização Económica de São Tomé e Príncipe

A estrutura da economia de STP tem origem nas grandes propriedades agrícolas, denominadas roças, que no seu todo, antes da independência do território, representavam uma fatia significativa da sua população. Aos seus trabalhadores, bem como às famílias, eram assegurados casa, alimentação, educação para os filhos e cuidados sanitários, constituindo um sistema social específico que assentava na oferta forçada de mão-de-obra (Santo, 2008).

Com a independência, em 1975, estabeleceu-se um regime político de partido único, que adoptou o modelo de economia de direcção centralizada e elegeu a agricultura, em torno do cacau introduzido em 1822, como a base do desenvolvimento do país. A disposição social manteve-se e o partido do Governo, o Movimento de Libertação de São Tomé e Príncipe (MLSTP), com o fundamento de que as terras estavam abandonadas ou subutilizadas, passou a controlar as 23 explorações agrícolas (42 roças) de que eram proprietários os portugueses. Estas propriedades, que em conjunto, representavam cerca de 90% do total das terras santomenses, foram nacionalizadas (Decreto-Lei nº 24/75 de 30 de Setembro), com base no princípio ideológico da maioria dos países da África subsariana da altura, de dominação pelo Estado do aparelho produtivo do seu país (Santo, 2008).

A saída dos portugueses deixou o país privado de todo o seu *know-how* e os lugares vagos foram imediatamente preenchidos por pessoas sem experiência nem conhecimentos técnicos de cultivo do cacau. Isto combinado com a má gestão, realizada por enfermeiros, motoristas e outros funcionários do partido, sem qualquer experiência na agricultura, originando uma produtividade cada vez mais baixa (Santo, 2008), agravados por uma flutuação dos preços internacionais do cacau na maioria das vezes desfavorável, investimentos em sectores em que o país não tinha qualquer vantagem comparativa e a dívida pública a aumentar (UNDP, 2002), arruinou rapidamente a economia agrícola. As ajudas técnicas provenientes de países socialistas e, em particular, a ajuda cubana apenas serviram para confirmar a crise, ao maltratarem seriamente a cultura do cacau, (Santo, 2009: 59).

Em 1984 o governo assinou acordos com o BM e outras instituições internacionais para financiamento de projectos de reabilitação do cacau e, em 1987, inicia-se o Programa de Ajustamento Estrutural (PAE) em que toda a política económica do país passou a estar condicionada pelo modelo neoclássico, de gestão privada (Santo, 2008). O PAE, cujo objectivo era o restabelecimento dos grandes desequilíbrios internos monetários e financeiros e o estímulo ao crescimento pelo desenvolvimento do sector agrícola (Ferreira, 1990), incluiu a redução das despesas públicas, o aumento dos impostos, o aumento do salário mínimo nacional, a desvalorização da moeda nacional (dobra) e várias medidas de impacto social. Contudo, a iniciativa não teve os efeitos esperados. A produção e exportação de bens do sector exportador continuaram em queda, não foi conseguida a redução do desequilíbrio das finanças públicas, a moeda nacional continuou a revelar-se muito frágil e a taxa de inflação e a dívida pública insustentável. A pobreza absoluta agravou-se com a degradação dos serviços de saúde e de ensino bem como com a deterioração do poder de compra dos salários reais da população (Santo, 2008: 93). Como uma das razões deste insucesso é apontada a insuficiente capacidade das estruturas institucionais para prosseguir a execução de medidas, bem como a falta de sintonia das estruturas hierárquicas de poder de decisão (Santo, 2009: 93). Ferreira (1990) defende ainda que o fracasso se deu pela ênfase dada aos aspectos macroeconómicos em detrimento dos microeconómicos, tendo sido a este nível que as consequências se fizeram. Brunel (1993), enquadrando esta falha numa visão mais abrangente da África subsariana, atribui a responsabilidade aos aumentos gigantescos de despesa pública, à delapidação dos recursos externos recebidos — a balança de pagamentos também foi apoiada pelo Banco Africano de Desenvolvimento (BAD) e

Suécia — e a práticas de corrupção com apropriação de bens públicos. A fragilidade da estrutura produtiva, os baixos salários dos quadros técnicos, a escassez de divisas gerada pela baixa cotação do cacau no mercado internacional e o elevado peso do serviço da dívida externa também contribuíram para este insucesso. O PAE, tal como defende Santo (2008) não levou em consideração a realidade específica do país, os valores sociais e culturais, a história e, sobretudo, a dimensão humana. Santo (2008) defende a teoria de que, apesar dos efeitos negativos, o PAE em STP teve alguns efeitos positivos, designadamente na transformação do tecido económico e social, ao ter transitado para uma economia de mercado, na reforma do sistema financeiro, fiscal, monetário e de administração pública, na privatização de pequenas empresas do Estado, na criação de um grupo social de pequenos e médios agricultores locais e na redução da desordem na administração pública. Apesar da sua posterior delapidação (Brunel, 1993), o efeito mais notado foi a entrada de importantes recursos financeiros externos (Santo, 2008).

Em 1997, o Fundo Monetário Internacional (FMI) suspende a entrega de desembolsos devido a fraca resposta governamental e, a partir de 1998, foi possível renegociar com o FMI e BM a assinatura de um Programa Trienal de Crescimento e Redução da Pobreza — *Poverty Reduction Growth Facility* (PRGF) — e, posteriormente, a candidatura à Iniciativa *Heavily Indebted Poor Countries* (HIPC), no montante previsto de US\$ 200 milhões. O Governo comprometeu-se então a tornar mais restritiva a política monetária e fiscal, a alargar a base de tributação, a reduzir a inflação, a aumentar as prestações sociais para a educação e saúde e a levar a cabo reformas estruturais que ajudassem a promover o crescimento económico e o desenvolvimento do sector privado (CGD, 2005). A maioria das empresas estatais foram privatizadas e o Governo elaborou um Plano de Acção Prioritário e uma Estratégia de Desenvolvimento para o período 2000-2005 que incluiu a promoção do sector privado e diversificação de actividades produtivas, a colocação da agricultura de pequenos proprietários no centro do crescimento estratégico, a reforma e fortalecimento das instituições públicas e a formação dos recursos humanos. No entanto, considerados insuficientes os progressos no cumprimento de alguns objectivos fixados, designadamente no âmbito da política monetária e fiscal, no aprofundamento das reformas na administração pública e na consolidação orçamental, o FMI também suspendeu em 2001 os desembolsos programados.

De acordo com Santo (2008), o problema de STP está sobretudo no seu tipo de estrutura produtiva e não nas políticas macroeconómicas, pelo que a boa governação e a adopção de políticas financeiras e de estabilização por si só não resultam. Propõe um caminho de transição da agricultura para a economia de serviços de exportação, através do sector do turismo, e a melhoria do funcionamento das instituições. Sugere também que a confiança ao exterior, utilizando de forma transparente os recursos do Estado, e o desenvolvimento de uma diplomacia condigna, sejam prioridades a seguir. A corrupção, que não é exclusiva de STP e que, tal como afirma Huntington (1968), existe em todos os países do mundo, é consequência da fraca capacidade das instituições políticas nos processos de modernização, que ganhou maior visibilidade em STP aquando da implementação do PAE a partir de 1987, ao terem chegado ao país importantes fluxos financeiros, oportunidades de negócio e um grande número de projectos económicos e sociais para o saneamento económico (Santo, 2008). Já Chabal e Dalloz (1999) defendem que na África subsariana a corrupção está fortemente enraizada, atravessando toda a sociedade, fazendo parte das lógicas de redistribuição e prestígio social, que se fundamentam em regras tradicionais e ocultas em oposição aos princípios formais das sociedades modernas, não sendo por isso fácil combatê-la. Em STP, aquele que não praticar a corrupção é encarado como um elemento a segregar pelo sistema. Por outro lado, o sistema judiciário não funciona de forma independente e transparente e os juízes estão expostos às influências políticas, laços de parentesco e amizade, suborno e ameaças (Santo, 2008). Para Chabal e Dalloz (1999: 119) o sector informal na África subsariana prevaleceu sobre o oficial muitas vezes por razões culturais e instrumentais.

Em suma, durante o período pós-independência a economia de STP registou um mau desempenho com uma estrutura produtiva desajustada à especificidade do arquipélago, associada a governos fracos e envolvidos em numerosos casos de corrupção e escândalos financeiros e uma conjuntura internacional desfavorável (baixa cotação do preço do cacau e aumentos dos preços do petróleo). A crise no país é consequência também de factores anteriores à independência que limitaram a capacidade do território, como é a ausência de adequada capacidade instalada de recursos humanos evoluídos tecnicamente. As estruturas de administração pública são débeis devido a erros do regime colonial que esqueceu a educação, a formação e a preparação dos forros santomenses para actividades produtivas e organizacionais (Santo, 2008). Exemplo disso, é a taxa de analfabetismo oficial que em 1950 era de 81% e um ano após a independência havia 5 médicos para 80 mil pessoas, dos quais quatro eram cubanos e um era Ministro da Saúde (Santo, 2009:172).

2.1.1. Dependência Externa

São Tomé e Príncipe é um país fortemente dependente da ajuda externa, tendo a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) representado 95% do Produto Interno Bruto (PIB) em 1990 e 75,2% em 2000, (Santo, 2008: 105), um dos níveis mais elevados do mundo (BAD, 2005). Segundo o UNDP (2002), este país faz parte do grupo das 40 Pequenas Ilhas-Estado em Vias de Desenvolvimento (PIEVD), em que a ajuda internacional representa uma componente fundamental no atenuar das suas vulnerabilidades socioeconómicas e políticas e na criação de condições mínimas para a adopção de uma estratégia de desenvolvimento sustentado (Romana, 1996). Vivendo há mais de 30 anos quase exclusivamente da ajuda internacional, a sociedade santomense tem sido incapaz de criar mais-valias sociais de forma a atenuar o seu subdesenvolvimento, constatando-se uma cultura de dependência sem objectivos de mudança em termos de ideal colectivo, gerando uma anomalia social que se expressa num quase total alheamento da população face às instituições do Estado, uma perspectiva pessoal e imediata dos resultados da ajuda e da cooperação, uma assumpção de que a ajuda é vitalícia e uma imagem ténue de STP como nação (Romana, 1996).

A constante crise política, com sucessivas quedas de Governo, a forma como os forros encaram a vida, que apenas sob muita pressão cumprem tarefas, a fragilidade institucional, constituem importantes factores geradores da desorganização do país e a situação só tem sido amenizada com a cooperação internacional e com a ajuda externa, bem como, de alguma forma, com as remessas dos emigrantes. Foi a pressão dos doadores e instituições ocidentais que influenciaram os dirigentes do MLSTP em 1990 a aceitarem a introdução do multipartidarismo no país e a queda do regime (Santo, 2008: 86).

O PIB do país é de cerca de US\$ 60 milhões, a exportação de bens e serviços (sobretudo turismo e cacau) são equivalentes a um terço do PIB, enquanto as suas importações de bens e serviços são equivalentes ao dobro do PIB. O financiamento do défice tem sido providenciado por subsídios e através do endividamento do governo — às instituições financeiras internacionais como o BAD e BM e pelos países vizinhos como a Nigéria e Angola — e também pelo investimento directo estrangeiro no sector do turismo. Apesar das grandes transferências para ajuda, o défice é grande e em 2004 alcançou os 61,5% do PIB (Country Watch, 2007).

Em Março de 2007, dado o país ter cumprido finalmente os requisitos necessários para integrar a iniciativa HIPC, do FMI e do BM, foi anunciado o alívio da dívida externa ao abrigo desta iniciativa bem como da *Multilateral Debt Relieve Initiative* (MDRI), tendo obtido uma redução da dívida superior a 80% do seu valor nominal. Este era um dos objectivos da política económica de STP, há uma década pelo menos, e permite-lhe encarar a era do petróleo de forma mais sustentada, admitindo-se que a extracção venha a ter início em 2014, se for comercialmente viável (Banco de Portugal, 2008).

2.2. Panorama Geral da Saúde de São Tomé e Príncipe

Os relatórios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, *coopération au développement – São Tomé e Príncipe, rapport 1995 a 1999* (PNUD, 2002) referem que embora grande parte dos indicadores de saúde do país estejam a um nível relativamente superior a de muitos países da África subsariana, alguns recuaram no fim da década de 90, como é o caso dos cuidados de saúde primária e de mortalidade. Como causas são apontadas a ineficácia da gestão do sistema de saúde devido a falta de recursos humanos qualificados, incluindo médicos especializados e a desmotivação em relação a baixos salários, escassez e gestão deficiente dos equipamentos, materiais e medicamentos para diagnóstico e tratamento de doenças, degradação das infra-estruturas, aumento repentino da população, diminuição dos recursos do Orçamento Geral do Estado (OGE) para a saúde, descontinuidade na execução de projectos (Santo, 2008) e ausência de um sistema de informação e de gestão (OMS, 2005). Estas causas são agravadas pelas fortes chuvas que favorecem a proliferação de insectos, designadamente o mosquito *anophele* da malária que, apesar de ter estado mais ou menos controlado até à data da independência, se tornou na doença mais mortífera do país. As doenças respiratórias, diarreicas, anemia e má nutrição são as principais causas de mortalidade materno-infantil. Outros factores como a concentração de lixo sobretudo nos arredores da capital, as habitações superlotadas sem água canalizada, a carência ao nível de meios materiais, humanos e medicamentosos são preocupantes (Santo, 2008).

O sistema de saúde de STP apresentou características diferentes nos dois períodos da I e II República² após a independência, tendo sido mantido no início a estrutura sanitária do período colonial, como hospitais dentro das principais roças, centros de saúde e postos de saúde. O sistema foi sempre bastante frágil desde o início da década de 90 após a privatização das unidades produtivas agrícolas, mas foi-se cada vez mais degradando

² A I República abrange o período do monopartidarismo, entre 1975 e 1991. A II República inicia-se em 1991 e mantém-se até à actualidade.

com o abandono do modelo económico centralizado (Cardoso, 2007). Em 2000, a carta sanitária de São Tomé e Príncipe promove a integração plena da saúde no desenvolvimento do país, tendo como base o desenvolvimento do distrito sanitário através da estratégia de promoção dos cuidados primários de saúde e o desenvolvimento de parcerias. A transferência de recursos para o nível distrital assume um papel de relevo, como meio de aumentar o nível de exigência quanto à eficácia e qualidade dos serviços prestados (OMS, 2005). Desta forma, o sistema de saúde está configurado em três níveis ou seja hospitais, centros de saúde e postos de saúde. No início dos anos 90 existiam em várias roças diversos hospitais que foram sendo desactivados progressivamente e, em 1995, foi criado o Centro Hospitalar de São Tomé, centro de referência técnica aos outros níveis (Cardoso, 2007), mais tarde designado Hospital Ayres de Menezes (HAM). Os Centros de Saúde, localizados na sede do distrito, têm serviço de atendimento permanente, prestam cuidados curativos e consultas em regime ambulatorio e os Postos de Saúde são unidades de base que, ao disporem apenas de um enfermeiro, a sua actividade se limita à prestação de cuidados de enfermagem, ao atendimento integral à mulher e à criança, a consultas periódicas de clínica geral, em articulação com os Centros de Saúde (Cardoso, 2007). O Posto Comunitário deveria servir aglomerados até 1.000 habitantes tendo como funções o atendimento e a triagem de situações agudas, realização de curativos, aconselhamento e prevenção, vacinação, educação nutricional e sanitária e saúde reprodutiva. Contando apenas com um técnico de saúde ou agente de saúde comunitário com formação muito reduzida, recebe periodicamente a visita de um médico e técnico de farmácia (Cardoso, 2007).

O Hospital Manuel Quaresma Dias da Graça na região autónoma do Príncipe presta todo o tipo de cuidados de saúde, existindo ainda alguns Postos Comunitários de Saúde. Uma vez que não tinha bloco operatório nem a maioria das especialidades médicas, impunham-se, apesar da irregularidade e escassez de ligações aéreas, transferências regulares de doentes para o HAM, na capital do país (Cardoso, 2007).

Apesar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) estar estruturado de forma a proporcionar serviços de saúde de qualidade, dada a sua dispersão pelo país, a maioria das unidades eram rudimentares com falta de técnicos formados, o que justificava a grande afluência ao HAM, em especial as populações mais próximas dos distritos de Água Grande e Mé-Zochi, onde habita 64% da população santomense. Por outro lado, os investimentos em saúde em percentagem do PIB tiveram algum peso entre 1995 e 1998, e a partir de 2001, cuja principal fonte foi externa (97,7% do orçamento para a saúde, em 2000,

contra 86,4% em 1991) sob a forma tanto de empréstimo como donativo. O esforço interno tem sido muito reduzido e a grande flutuabilidade do investimento público em saúde permite deduzir da inexistência de uma política de concertação para o sector. Também a falta de coordenação dos programas das organizações internacionais e países doadores originam duplicação de esforços em determinadas zonas e carências noutras. As despesas correntes acabaram por ser mais dirigidas para os cuidados curativos, e não preventivos, e a prevalência da malária foi sendo responsável por grande parte destas despesas. O HAM, sendo o hospital de referência e onde se concentravam 87% dos médicos e 65% dos enfermeiros (Cardoso, 2007), era solicitado sobretudo para cuidados médicos de atenção primária, com elevadas taxas de ocupação, o que se reflecte de modo negativo na qualidade da atenção terciária que é a sua principal função (OMS, 2005).

Outro factor que influencia as más condições de saúde do país, é o facto de uma parte significativa da população não ter acesso a água potável. Se bem que São Tomé e Príncipe disponha de abundantes fontes de água doce de superfície, a qualidade da água, na sua maioria proveniente de fontes naturais, é satisfatória na origem mas deteriora-se no seu curso, devido ao mau estado da rede de canalização e à inexistência de protecção das captações, à crescente poluição fecal e à utilização de pesticidas e fertilizantes agrícolas.

A descontinuidade na condução das políticas formuladas, pela mudança constante de Ministro da Saúde, a instabilidade institucional, a fraca coordenação intra e intersectorial bem como a falta de revisão e adequação da legislação e das estratégias propostas não têm permitido que o processo de reforma do sector da saúde seja implementado como o previsto. Uma das principais debilidades do sistema de saúde é a insuficiência de pessoal qualificado, devido a má gestão dos recursos, caracterizada por falta de incentivos, ausência de progressão na carreira e baixos salários, insuficientes para responder às necessidades individuais e familiares. Quanto à formação de recursos humanos, a inexistência de instituições formadoras obriga a que os profissionais de nível superior sejam formados fora do país, o que acarreta uma grande dependência da cooperação estrangeira e onera os cofres públicos.

2.3. Contratação Externa para a Prestação de Cuidados de Saúde

Embora os sucessivos Governos esperem que a descoberta de jazidas de petróleo abra perspectivas de desenvolvimento, o país está ainda numa fase exploratória e as suas potencialidades comerciais ainda não são conhecidas (BAD, 2005). Por enquanto, São Tomé e Príncipe demonstra vulnerabilidades na estrutura económica, fragilidades institucionais e organizacionais, escassez de meios técnicos e de recursos humanos e incapacidade para mobilizar a sociedade à volta dum projecto. Estes aspectos constituem barreiras a qualquer tentativa de uma mudança planeada que vise tornar o subdesenvolvimento. Para PIEVD, a cooperação e a ajuda internacional representam uma componente fundamental na criação de condições mínimas para a adopção de uma estratégia de desenvolvimento sustentado. Loevinsohn e Harding (2004) apresentaram o resultado da avaliação de 10 casos e concluíram que frequentemente a contratação externa é uma solução positiva nos países em desenvolvimento que procuram melhorar rapidamente os seus serviços de saúde. Para além da qualidade dos serviços prestados, têm vindo a ser analisados os ganhos a nível da sustentabilidade (Berman e Bossert, 2000) em termos de criação de capacidade, participação da comunidade e acção intersectorial, em países em desenvolvimento. Loevinsohn e Harding (2005) afirmam que a contratualização para a prestação de cuidados de saúde apresenta algumas potenciais vantagens, designadamente garantir uma maior focalização na obtenção de resultados mensuráveis, principalmente se os contratos definirem resultados objectivamente verificáveis, ultrapassar os constrangimentos (incapacidade de gestão, corrupção, nepotismo) que não permitem que os governos utilizem efectivamente os recursos que lhes são disponibilizados, utilizar maior flexibilidade no sector privado para melhorar os serviços, desenvolver uma autonomia de gestão e descentralizar os processos decisórios para os gestores no terreno, utilizar a concorrência para aumentar a eficiência, permitir que os governos se focalizem mais em actividades para as quais estão mais vocacionados, como planeamento, regulação, definição de estratégia, financiamento e funções de saúde pública. Sendo o recurso a contratualização para cuidados primários assumido como uma solução eficiente, para os cuidados secundários o mesmo princípio não se aplica de forma simples, pelas questões específicas que levanta ao nível da definição dos resultados esperados, cuja definição é mais difícil no que respeita a prestação de cuidados hospitalares.

Haverá algumas precauções a ter com a contratação de actores não estatais para a prestação de cuidados de saúde como a sua eventual inexecutabilidade a uma escala

suficientemente vasta para fazer a diferença ao nível de um país. Para além disso, devido aos custos de transacção, a contratualização pode ter um custo superior que a prestação directa pelos governos, dos mesmos serviços, podendo conduzir a iniquidades na distribuição dos serviços, a gestão ineficaz dos contratos pelos Governos e à falta de sustentabilidade dos projectos (Freitas et al, 2010).

Capítulo III

Apresentação do Projecto «Saúde para Todos»

Neste capítulo é feita uma apresentação do Projecto «Saúde para Todos» em São Tomé e Príncipe bem como uma demonstração da importância de fazer chegar os cuidados primários de saúde a toda a sua população, sobretudo os mais vulneráveis. A iniciativa introduz alguns aspectos inovadores que poderão contribuir para uma maior eficácia dos resultados propostos, de que são exemplo a promoção da melhoria dos conhecimentos preventivos da população, a introdução de esquemas de recuperação de custos, a descentralização na tomada de decisão, a implementação da participação dos cidadãos, o incentivo à fixação de profissionais de saúde e reforço das suas qualificações, com especial ênfase para as competências no âmbito da gestão sanitária. Serão também apresentados resultados de uma avaliação efectuada pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), dando conta de alguns aspectos positivos e negativos, de forma a contribuir para retirar lições sobre a pertinência da sua replicação.

3.1. A Necessidade de Intervenção

Com o agravamento dos indicadores de saúde em STP nos anos 90, o país iniciou uma reforma do sector da saúde, através do desenvolvimento de uma Política de Saúde (1999)³, uma Carta Sanitária (2000)⁴ e um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2001)⁵. A saúde foi identificada como uma das áreas prioritárias para o

³ A *Política Nacional de Saúde* (1999) define as estratégias para o sector da saúde bem como os objectivos a atingir. A prestação de cuidados visa assegurar um serviço geral de forma a cobrir a maior parte da população com respostas eficazes e de qualidade ao nível distrital e, ao nível central, garantir serviços o mais complexos e sofisticados possível (IPAD, 2007: 14).

⁴ A Carta Sanitária (2000), apresenta a descrição da estrutura de oferta dos Cuidados de Saúde, rede de prestação e condições de acessibilidade. Assenta na rede de centros e postos de saúde, com base distrital, e num hospital central (IPAD, 2007: 14).

⁵ O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2001), é a base da implementação da reforma do sector da saúde. É um instrumento de programação, execução e acompanhamento para alcançar os principais objectivos: Promoção de maior equidade nas oportunidades e na prestação de Cuidados de Saúde através do reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde; Garantia de uma qualidade crescente dos cuidados; Melhoria do acesso aos serviços, da humanização na prestação dos serviços e da

crescimento económico e para a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza⁶ elaborada em 2002. De acordo com o «*Country Economic Memorandum*» de 2004 do BM, a qualidade dos serviços era reduzida, com infra-estruturas de saúde envelhecidas, graves lacunas em termos de gestão e pessoal técnico, problemas de afectação inadequada de despesas e ausência de uma política nacional de fornecimento de medicamentos e de aquisição e manutenção das tecnologias da saúde. O SNS caracterizava-se pela desigualdade na disponibilidade e acesso aos serviços de saúde, falta de pessoal qualificado e falta de supervisão e acompanhamento do sistema. Perante a incapacidade do país gerar riqueza suficiente para suportar tais políticas, o financiamento externo tem sido essencial para o desenvolvimento do seu sector da saúde. Portugal assume-se como o principal país doador para o sector contando também STP com o apoio da China/Taiwan, cuja cooperação se desenvolve desde 1997, do Brasil, que iniciou em 2004 um programa de ajuda a STP, do Japão e da Itália dirigido para o desenvolvimento comunitário através da ONG Alisei.

Um dos aspectos críticos do funcionamento do sistema de saúde de STP é a carência de recursos humanos com as devidas competências. Segundo o Ministério do Plano e Finanças de STP⁷, o orçamento do MS-STP atribui 57% dos seus recursos a financiamento do seu pessoal, 37% a funcionamento e manutenção e apenas 1% a formação. O país não tem dimensão nem capacidades para assegurar a formação de médicos, a qual é maioritariamente realizada em Portugal, Cuba, Moçambique e Brasil, e os médicos formados nestes países raramente regressam a STP, instalando-se nos países de formação. Em Portugal, por exemplo, estima-se que se encontrem cerca de 70 médicos santomenses, um número maior do que os que trabalham no seu país de origem (Freitas et al, 2010). Entre 1997 e 2007 o número de médicos diminuiu cerca de 12%, presumindo-se que dentro de 10 anos possa existir uma crise de médicos nacionais, pelo

satisfação dos utentes; Melhoria da gestão dos recursos da saúde, graças ao reforço da descentralização em benefício dos distritos de saúde, uma maior diferenciação do nível central da prestação e gestão que se traduz na melhoria do funcionamento do sistema (IPAD, 2007: 14).

⁶ A ENRP (2002) estabelece como objectivos globais de médio e longo prazo: 1) Redução da pobreza para metade até 2010 e a menos de um terço até 2015; 2) Conseguir até 2015 o acesso de toda a população aos serviços sociais básicos e promover a melhoria da sua qualidade de vida; 3) Reduzir consideravelmente as diferenças sociais e de género entre os Distritos e entre estes e a Região Autónoma do Príncipe. A ENRP desenvolve-se a partir de 5 eixos fundamentais, entre os quais se incluem 1) Reforma das instituições públicas, o reforço das capacidades e promoção de uma política de boa governação e 2) Desenvolvimento de recursos humanos e acesso aos serviços sociais de base (IPAD, 2008: 14). Estabelece como objectivos o aumento da esperança de vida das populações, acesso e equidade para todos os Cuidados de Saúde adequados e de qualidade, contribuindo assim para a redução dos níveis da mortalidade e da morbilidade respectivamente (IPAD, 2007: 14) .

⁷ Ministério do Plano e Finanças/Direcção do Orçamento. Resumo de despesas por UG – Função – SF-PG-P/A-FR-AC-Natureza Económica, 2008.

envelhecimento do efectivo médico nacional. Perante esta situação, uma boa parte dos médicos actualmente a exercer funções em São Tomé e Príncipe são estrangeiros, já que uma parte substancial dos clínicos gerais santomenses são frequentemente chamados a desempenhar funções de gestão política ou operacional.

A formação e actualização dos profissionais de saúde é de elevada importância para a melhoria das condições de saúde e de vida das populações locais, bem como a sua distribuição geográfica. Por outro lado, existem dificuldades no acesso das populações aos Centros e Postos de Saúde, tanto por falta de vias de comunicação como de transportes colectivos, levando a um desequilíbrio entre a oferta de cuidados de saúde a nível central e a nível distrital. 56% dos médicos e 55,5% dos enfermeiros do país prestam serviço no HAM, na capital do país, o qual no seu todo possui 46,2% dos efectivos totais do pessoal de saúde (Freitas et al, 2010).

3.2. Evolução da Intervenção

Em 1988, o IMVF iniciou o «Projecto de Saúde Mé-Zochi» destinado à prestação de cuidados de saúde à população de um distrito de São Tomé e Príncipe, Mé-Zochi, com base num modelo assistencial assente num hospital distrital e sete postos de saúde. Apesar do impacto do projecto, o mesmo não teve continuidade devido à instabilidade económica e política de 1992 e 1993 e aos efeitos do PAE do BM que impossibilitou a implementação da recuperação dos custos previstos nos protocolos assinados com o MS-STP (Freitas et al, 2010). Por falta de condições para a assimilação dos investimentos realizados, devido à fragilidade das finanças públicas e à incapacidade da população comparticipar com os custos, optou a organização por não renovar o projecto.

Na sequência das Consultas Sectoriais da Saúde e da Educação em 1995 e com base na avaliação da experiência adquirida no projecto anterior, que revelou que os serviços hospitalares absorviam cerca de 80% do orçamento mas atendiam apenas cerca de 20% dos casos e os postos e centros de saúde absorviam 20% do orçamento e atendiam 80% dos casos (Freitas et al, 2010), o que contribuía para a insustentabilidade do SNS, a intervenção do IMVF naquele país dirigiu-se ao reforço dos Centros e Postos de Saúde distritais. Por outro lado, sendo o perfil epidemiológico de STP dominado por doenças transmissíveis, a prevenção e o tratamento precoce seriam um instrumento eficaz no combate e controlo da doença. Desta forma, em 2003, teve início o projecto de «Apoio aos Cuidados de Saúde Primários em Mé-Zochi e Cantagalo», que abrangeu 40% da população e foi a génese do projecto «Saúde para Todos». Na sua fase inicial de implementação, em 2005, abrangeu cinco distritos, acrescentando Lobata, Lembá e

Água Grande a Mé-Zochi e Cantagalo, com uma cobertura de 80% da população do país. Em 2007 foi efectuada uma avaliação externa ao projecto, levando a uma renovação por mais 4 anos (2008-2011) e o seu alargamento a todo o país, incluindo os distritos de Caué e Região Autónoma do Príncipe.

3.3. Estratégia de Intervenção

O Projecto «Saúde para Todos» tem como objectivo geral a melhoria da qualidade e promoção da sustentabilidade dos cuidados preventivos e primários de saúde em STP, abrangendo a quase totalidade do SNS. Conta apenas com técnicos santomenses no terreno, cuja formação e capacitação, com enfoque especial no âmbito da gestão sanitária, são de importância vital para o alcance da sustentabilidade do projecto.

A capacitação dos Centros e Postos de Saúde, alguns com internamento, meios complementares de diagnóstico e farmácia comunitária, transformaram-nos numa primeira linha de acção e interacção com a comunidade, proporcionam cuidados preventivos, primários e assistenciais a toda a população dos distritos, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde (Freitas et al, 2010). Para além disso, este projecto promove a melhoria dos conhecimentos preventivos da população, através de campanhas regulares de educação para a saúde, em todos os meios de comunicação social, campanhas de vacinação, sessões para professores, encarregados de creches e jardins-de-infância e crianças.

Ainda no aspecto da prevenção da saúde, refira-se que anteriormente à implementação do projecto «Saúde para Todos» em muitas localidades, a população consumia água barrenta o que levava a que as doenças diarreicas e as parasitoses intestinais constituíssem as patologias predominantes nas comunidades rurais. A este nível, o projecto tem levado a cabo acções de melhoria da qualidade da água bem como contribuído para o aumento da cobertura da população com acesso a água potável. Ao nível do saneamento do meio, têm sido efectuadas diversas obras de ligação a fossas e construção de latrinas tomando como princípio a construção de uma latrina por família/habitação. A par destas acções é dada informação à população relativa ao desenvolvimento individual e comunitário de estratégias de promoção da qualidade da água e da higiene do meio contribuindo para melhorar as condições nacionais de água e saneamento básico com vista a quebrar as cadeias de transmissão das doenças de origem hídrica.

Um contributo para a sustentabilidade do projecto é a comparticipação progressiva e gradual dos utentes nos custos com a saúde, contribuindo para ultrapassar o défice do MS-STP com as despesas de pessoal e funcionamento. Apesar da adopção do modelo de recuperação de custos não ter ainda conduzido à sustentabilidade esperada, em 2005 a taxa líquida de recuperação de custos com os medicamentos situou-se nos 72% e, em 2006, nos 88%.

Ainda no âmbito da promoção da sustentabilidade do projecto destaca-se o convite efectuado aos Delegados de Saúde, responsáveis técnicos por cada distrito sanitário, a participar na formulação das políticas e decisões do projecto em articulação com o MS-STP, de modo a contribuir para uma harmonização entre as políticas definidas pelo Estado santomense e a sua implementação no terreno.

Por último, e de certa forma a componente mais polémica, é o facto de todo o pessoal do projecto pertencer aos quadros do MS-STP e receber como complemento ao seu salário pago pelo mesmo Ministério, um incentivo à sua fixação no país e motivação para a adesão à política do projecto. É que, se por um lado, o projecto ao apostar em recursos locais, diminui a “fuga de cérebros” e contribui para o desenvolvimento económico e social do país ao possibilitar a fixação de técnicos especializados em S. Tomé, por outro, sendo este incentivo temporário, quando o mesmo terminar os técnicos que dele beneficiavam poderão procurar encontrar formas de superar esta perda através da emigração.

3.4. Avaliação do Projecto

Comparadas as unidades de saúde que integram o projecto com as restantes, as primeiras estão melhor equipadas, correspondendo a 51% das camas e 80% das mesas de parto existentes no país e possuem mais infra-estruturas, (electricidade, água canalizada, telefone e sistema de tratamento de lixo), contando cada unidade de saúde com uma média de 12 profissionais e cerca de 60% das unidades têm médico a tempo inteiro ou parcial (Freitas et al, 2010). O projecto oferece serviços de saúde a quase 85% da população santomense (cerca de 116.300 habitantes), com excepção de cerca de 2/3 da população do distrito de Água Grande, e actualmente a maioria da população reside a menos de uma hora a pé de uma Unidade de Saúde. Desta forma, o projecto tem permitido reduzir a afluência ao serviço de urgência do HAM deixando-lhe espaço para se poder estruturar e responder de uma forma mais adequada ao seu papel como centro de referência de medicina assistencial em São Tomé e contribuir para uma redução das

evacuações dos doentes. Refira-se a este propósito que cada evacuação custa, em média, o que 65 cidadãos de São Tomé e Príncipe consomem com a saúde durante um ano.

Comparando os valores de cobertura mínima das zonas rurais da África subsariana com os do projecto verifica-se que os valores totais e os dos distritos têm taxas de cobertura superiores ao mínimo exigido, com destaque para os valores muito elevados dos cuidados preventivos, nomeadamente consultas pré-natal e saúde infantil (em 2007, cada utente utilizava 4,23 mais o serviço de consulta pré-natal e 5,15 mais o serviço de saúde infantil que o mínimo estabelecido). De facto, em todos os tipos de serviços a taxa de utilização é mais elevada quando comparada com os valores mínimos de referência (Banco Mundial, 1994), destacando-se os indicadores que mais se afastam – pela positiva – dos valores indicados pelo BM: cuidados pré-natais (6,13 vs 1,9), saúde infantil (6,25 vs 1,1), planeamento familiar (1,89 vs 0,2) e serviços integrados dos 5-14 anos (0,96 vs 0,2) (Freitas et al, 2010).

Uma avaliação externa efectuada pelo IPAD ao projecto em 2007 concluiu que o projecto tem permitido não só uma melhoria da prestação dos cuidados de saúde básicos, como também uma identificação de outras necessidades a partir das quais foram delineadas novas intervenções, alargando o seu âmbito de actuação a novas áreas não previstas. A título de exemplo, o país dispõe agora de um sistema de informação geográfica na sequência da recolha de informação para o projecto iniciada em 2008, ferramenta que pode ter uma aplicação com grande impacto no desenvolvimento do país. O programa de recuperação de custos tem permitido um incremento da responsabilização da população utilizadora dos cuidados de saúde pelas despesas com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, permitindo, por um lado, recolher recursos financeiros essenciais ao desempenho das funções assistenciais dos serviços onde tal recuperação de custos se realiza e, por outro, dotar os distritos sanitários com recursos extraordinários e não dependentes do financiamento do MS-STP. Naturalmente que a recuperação de custos não permite a completa sustentabilidade financeira do sistema de saúde de STP. No entanto, a opção por recursos humanos locais é um aspecto central potenciando a apropriação e sustentabilidade da intervenção já que os recursos humanos constituem uma das limitações mais significativas no actual sistema de saúde santomense. Com a implementação do projecto «Saúde para Todos» tem aumentado o número de profissionais de saúde ao longo dos anos. Exercem a sua profissão nas condições exigíveis e com um salário razoável. Contudo, não havendo recursos suficientes para

cobrir os custos e sendo os recursos gerados insuficientes para fazer face às despesas, o fim do apoio externo poderá traduzir-se no colapso do SNS. Acresce o facto do projecto não ter uma estratégia de saída definida, ainda que a mesma possa ser equacionada, a longo prazo, relacionada com uma opção política de definição do modelo de financiamento do SNS.

Capítulo IV

Sustentabilidade do Projecto «Saúde para Todos»

O último capítulo deste trabalho tem como objectivo aferir a possibilidade de assegurar os cuidados básicos de saúde e a equidade em saúde em São Tomé e Príncipe quando a ONGD promotora do projecto «Saúde para Todos» deixar de participar activamente na gestão dos recursos. Optando pela focalização no problema da falta de recursos humanos de saúde, sobretudo nos países em desenvolvimento, será efectuada uma divisão em quatro subcapítulos. No primeiro, para permitir um enquadramento deste importante aspecto, far-se-á uma abordagem ao problema da emigração dos recursos humanos de saúde em África. No segundo sub-capítulo, é discutida a influência do factor saúde no desenvolvimento dos países que, sendo um direito humano fundamental, legitima qualquer intervenção externa, seja ela ou não sustentável. No terceiro sub-capítulo, é abordada a questão dos incentivos para a fixação de recursos humanos de saúde nos países que deles carecem e a importância da motivação destes quadros de saúde. Por último, no sub-capítulo quarto é analisada a sustentabilidade do projecto «Saúde para Todos» e são apontados caminhos para o futuro da saúde em São Tomé e Príncipe.

4.1. Abordagem do Problema da Emigração de Recursos Humanos de Saúde em África

4.1.1. Situação Global

A perspectiva que constitui habitualmente o ponto de partida de todas as discussões sobre migração é a dos fluxos que se deslocam a partir dos países em desenvolvimento em direcção aos países desenvolvidos. No entanto, a maioria das deslocações no mundo não é entre países mas no interior dos países, estimando-se que existam 740 milhões de migrantes internos, número quase quatro vezes superior àqueles que se deslocam entre países. Destes últimos, em número superior a 200 milhões, menos de 70 milhões desloca-se de um país em desenvolvimento para um país desenvolvido, já que a maioria escolhe outro país em desenvolvimento, ou se move entre países desenvolvidos (UNDP, 2009). Esta perspectiva não desvaloriza, no entanto, o facto de um número significativo

de pessoas estar em movimento nos dias de hoje, vigorando as migrações como um dos principais temas da agenda internacional.

As migrações internacionais existem desde há séculos, verificando-se, no entanto, nos últimos anos, um crescimento significativo — tendo passado de 75 milhões em 1965 (IOM, 2003) para cerca de 214 milhões nos dias de hoje, equivalendo a 3,1% da população mundial (UNDP, 2009) —, o que reflecte uma nova dinâmica no movimento das populações em termos de dimensão e velocidade. Factores como políticas de entendimento e acordos de comércio internacional, políticas nacionais de imigração de incentivo à entrada de trabalhadores estrangeiros para o preenchimento de vagas em determinadas profissões mas, sobretudo, recente diminuição nos custos e melhoria dos transportes e das comunicações — o preço das passagens aéreas desceram em três quintos entre 1970 e 2000 e os custos das comunicações também diminuíram — são considerados determinantes no crescimento dos fluxos migratórios (UNDP, 2009). Esta quebra de entraves à circulação das pessoas no mundo globalizado tem influenciado também o fluxo migratório de trabalhadores de saúde, um processo que vem sendo discutido desde a década de 90. Neste caso, as correntes migratórias também não ocorrem somente de países em desenvolvimento para países desenvolvidos mas uma grande parte de zonas rurais para centros urbanos, tendo como motivação sobretudo a oferta de postos de trabalho mais atractivos e melhor remunerados (Varella e Pieratoni, 2007).

4.1.2. Situação Africana

Esta situação tem provocado uma escassez de recursos humanos em saúde, sobretudo no continente africano. A emigração de países pobres é inquestionavelmente prejudicial e os países africanos, com apenas 600 mil médicos, enfermeiros e parteiras para 600 milhões de pessoas, necessitam de pelo menos mais 1 milhão de trabalhadores de saúde (Chen e Boufford, 2005). Estas falhas têm sido denominadas *fatal flows* porque os mais pobres ficam em situação de grande vulnerabilidade em relação a doenças devastadoras (Chen e Boufford, 2005: 1851). No seu relatório sobre o Desafio dos Recursos Humanos no Sector da Saúde em África, a *Joint Learning Initiative* (JLI, 2004), um consórcio de mais de 100 líderes mundiais da área da saúde, coloca em evidência a dimensão deste problema e aponta para uma estreita relação entre a concentração de profissionais de saúde e os níveis de mortalidade e de esperança de vida. O estudo tomou as Metas de Desenvolvimento do Milénio como referência (cobertura vacinal por

sarampo e assistência ao nascimento) e estabeleceu que uma densidade de 2,5 trabalhadores de saúde por 1.000 habitantes pode ser considerada um limite mínimo necessário para atingir a cobertura adequada. Estima-se que 75 países no mundo que, no seu conjunto, concentram 2,5 mil milhões de pessoas, estão abaixo desse mínimo (JLI, 2004). Relativamente ao continente africano, cerca de 37 dos 47 países africanos subsarianos não têm 20 médicos por 100 mil habitantes e a média entre os países da OCDE era, em 2000, de 222 médicos por 100 mil habitantes (Hamilton e Yau, 2004).

Este problema tem assumido dimensões alarmantes, não só porque a maioria dos países em desenvolvimento já conta com um número reduzido de profissionais de saúde, mas também pela baixa capacidade institucional dos mesmos para promover a preparação de efectivos que possam suprir as suas necessidades. Enfrentam, assim, a desestruturação de seus sistemas de saúde com a fuga de cérebros e perdas dos investimentos financeiros efectuados no desenvolvimento dos seus recursos humanos (Varella e Pieratoni, 2007: 204). Para os países recebedores, a perspectiva de utilizar mão-de-obra estrangeira soluciona o défice local representando estes países com base económica mais sólida melhores perspectivas de vida e de trabalho para profissionais com poucas alternativas nos seus países de origem (Varella e Pieratoni, 2007: 204).

Tem-se optado por políticas de melhoria dos níveis salariais para a fixação de profissionais de saúde em países fornecedores de mão-de-obra não existindo, no entanto, resultados quanto à evidência de sucesso dessas iniciativas em função da complexidade dos determinantes destes processos. De qualquer forma não poderá ser subestimada a discrepância de salários observada entre países "exportadores" e "receptores" — o salário pago aos enfermeiros na Austrália e no Canadá, por exemplo, é cerca de 25 vezes maior que na Zâmbia, 14 vezes maior que no Gana e o dobro da África do Sul (Vujicic et al, 2004) — . Outra solução que tem sido apontada é a aposta na formação de pessoal de saúde. A OMS estima que será necessário um acréscimo de 2,4 milhões de médicos, enfermeiros e parteiras e 1,9 milhões de outros profissionais como farmacêuticos, assistentes de saúde, técnicos e outro pessoal auxiliar, em 57 países do mundo, 36 dos quais em África (WHO, 2006). O continente africano suporta 24% da doença global mas conta apenas com 3% dos profissionais de saúde e 1% dos recursos financeiros existentes em todo o mundo (Lewis, 2008).

4.2. A Saúde na Ajuda ao Desenvolvimento

4.2.1. A Saúde, um Direito Humano Fundamental

O direito à saúde é um elemento fundamental não só dos direitos do homem mas também da concepção de uma vida digna. O direito a gozar do melhor estado de saúde físico e mental possível foi enunciado pela primeira vez na Constituição de 1946 da OMS (WHO, 1946), cujo preâmbulo declara que se trata de um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção da raça, religião, credo político, condição económica ou social.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948 (United Nations, 1948) evoca igualmente a saúde como parte integrante do direito a um nível de vida satisfatório bem como o Pacto Internacional de 1966 relativo aos direitos económicos, sociais e culturais (United Nations, 1966). Outros tratados internacionais relativos aos direitos do homem reconheceram ou evocaram o direito à saúde e todos os Estados ratificaram pelo menos um tratado internacional relativo aos direitos do homem e ao reconhecimento do direito à saúde.

Também, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) reflectem um consenso político com grande impacto na saúde. Três dos oito objectivos do Milénio referem-se especificamente à saúde: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e controlar a expansão do HIV/AIDS, malária e outras doenças infecciosas e sete das dezoito metas para medição do alcance dos ODM são da responsabilidade directa do sector da saúde: malnutrição, mortalidade infantil, mortalidade materna, HIV/SIDA, malária e outras doenças infecciosas, água potável e medicamentos essenciais.

4.2.2. Deveres dos Países Desenvolvidos

É certo que a ajuda ao desenvolvimento deve ser dirigida para o reforço das instituições dos Estados que incentivam as boas políticas e a boa governação e os programas de ajuda ao desenvolvimento devem ser temporários e complementares a um esforço produzido pelos países recebedores (Brautigam e Botchwey, 1999). No entanto, em condições de incapacidade dos Estados de efectivar o direito dos seus cidadãos beneficiarem de cuidados de saúde, a solução vai para além dos Planos Nacionais dos respectivos Estados e reflecte-se na agenda do desenvolvimento global. A questão de

saber em que medida outros actores da sociedade, nomeadamente privados, organizações intergovernamentais e não governamentais, profissionais de saúde e empresas têm obrigações em matéria de promoção da protecção dos direitos do homem, suscita cada vez mais debate e, nos últimos anos, as reformas da Organização das Nações Unidas (ONU) levadas a cabo pelo seu Secretário-Geral (1997, 2002 e 2005) e as observações do Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (United Nations, 1966) puseram em destaque o papel e responsabilidades dos organismos das Nações Unidas (NU) e instituições financeiras internacionais em relação aos direitos do homem. O Comité referiu, por exemplo, que a adopção por instituições especializadas, programas e organismos das NU de uma abordagem inspirada na defesa dos direitos do homem levará a pôr em prática o direito à saúde de uma forma considerável. Em 2003, estes organismos adoptaram uma declaração conjunta que afirmava que todos os programas de ajuda ao desenvolvimento deveriam promover a realização dos direitos do homem e seguir as normas e princípios a eles inerentes.

A ideia de uma partilha de responsabilidades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento tem sido discutida em múltiplas ocasiões e os recursos para financiar o acesso à saúde de todos poderão vir de uma multiplicidade de fontes. Tal como refere Gauri (2003), se os Governos dos países em desenvolvimento não podem assegurar níveis adequados de cuidados de saúde e se não é possível apelar aos seus direitos por parte dos cidadãos tendo em conta a debilidade do seu sistema legal esta obrigação passa a ser imposta a outros que estejam em condições de dar apoio, como governos, fundações, países vizinhos, agências internacionais.

4.3. Riscos e Benefícios dos Incentivos por Períodos Limitados

4.3.1. A Importância dos Recursos Humanos nos Sistemas de Saúde

Tal como referido atrás e de acordo com Chikanda (2004) a emigração de trabalhadores de saúde dos países em desenvolvimento para países industrializados tem um impacto muito negativo. Não sendo uma panaceia, já que não podem operar eficazmente sem o apoio de outras componentes do sistema, este recurso, ao gerir e coordenar todos os outros recursos, é o pilar dos sistemas de saúde e não deve ser negligenciado. Só através da conjugação do investimento nas pessoas, agentes activos de mudança, em novas tecnologias, em programas de saúde, em instalações, equipamentos e materiais, será credível o esforço de uma saúde melhor para todos. A capacitação dos recursos

humanos de saúde é morosa, necessita de avultado investimento, comanda uma grande fatia dos orçamentos de saúde, em alguns casos mais de 75%, e surpreendentemente é um recurso estrategicamente mal planeado e mal gerido em muitos sistemas.

4.3.2. Efeitos da Mobilidade Internacional de Profissionais de Saúde

Como forma de resolução da falta de recursos humanos de saúde, alguns países desenvolvidos contam com a imigração de profissionais de saúde provenientes dos países em desenvolvimento. Por outro lado, factores múltiplos, sociais, políticos, profissionais, económicos, influenciam esta movimentação, muitos deles fora da área de influência dos políticos ligados ao sector saúde, sendo geralmente as perspectivas de melhoria das condições de trabalho dos recursos humanos de saúde um factor decisivo (Vujicic et al, 2004). Mesmo que as instituições de ensino de países de destino estivessem aptas a formar mais médicos e enfermeiros para o preenchimento das vagas existentes, os profissionais de saúde provenientes de outros países são muitas vezes encarados como um substituto de custo mais eficiente, já que a sua formação já foi assumida pelo país de origem. Poder-se-ia afirmar ainda que a formação é diferente nas várias regiões do mundo, mas mesmo os programas de formação dos países em desenvolvimento tendem a aproximar-se dos de países de destino de profissionais de saúde.

A mobilidade internacional de trabalhadores de saúde torna-se, assim, inevitável a partir do momento em que estes profissionais têm qualificações para oferecer no âmbito do mercado global e a oferta, nos países receptores de imigrantes (Chen e Boufford, 2005), se torna atraente para trabalhadores de saúde com baixos salários, perspectivas limitadas de carreira, más condições de trabalho.

Do ponto de vista dos países em desenvolvimento, o seu êxodo também pode ser considerado um furto silencioso pelos países desenvolvidos, pela perda do investimento gerado pela ajuda internacional para a educação médica (Mullan, 2005), estimada em US\$ 500 milhões por ano (Chen e Boufford, 2005). Apesar de tudo, bloquear a migração de trabalhadores de saúde não é eticamente aceite, quando a liberdade de circulação é um direito humano fundamental (Alkire e Chen, 2004). O grande desafio está em prosseguir com a prestação de cuidados de saúde enquanto se protegem os direitos dos trabalhadores de saúde na procura de trabalho melhor remunerado.

4.3.3. Formas de Actuação para a Retenção de Quadros de Saúde

Alternativas, como a formação de outro tipo de profissionais, tendo em conta que quadros de nível mais elevado, adequados ao mercado internacional, emigram mais e quadros com conhecimentos dirigidos para necessidades específicas dos seus países emigram menos, têm sido levadas a cabo. A formação de técnicos de cirurgia, tal como referido no *World Health Report* de 2006 (WHO, 2006), é exemplo de uma prática inovadora e eficaz, com origem numa zona de Moçambique, há cerca de 20 anos, cujos resultados obtidos como solução de emergência para a falta de médicos, levou à sua generalização a todo o território. O envio de formadores por países com excedentes, o desenvolvimento de programas de intercâmbio para recrutamento de profissionais de saúde com vontade de trabalhar em condições e salários que a força de trabalho doméstica não aceita, a mobilização de para-profissionais e trabalhadores comunitários, recurso com menos tendência a emigrar, têm demonstrado ser medidas eficazes enquanto a formação e capacitação de novos quadros se não concretiza em sistemas deficitários.

4.3.3.1. Motivação de Quadros de Saúde

Embora tenham tendência a expandir-se iniciativas em torno dos incentivos para a retenção de quadros de saúde, ainda existem poucos estudos sobre a sua eficácia e custo e as boas práticas não são reconhecidas localmente nem são acessíveis a outros países. No entanto, torna-se necessário investir na retenção e incentivos tendo em conta o elevado custo da formação destes profissionais (Dambisya, 2007) e a perda deste investimento é altamente custosa para a saúde pública dos países em desenvolvimento (Mullan, 2005). Para além disso, a incapacidade de reter o pessoal de saúde é uma perda de memória institucional (Dambisya, 2007), perda de motivação e aumento da carga de trabalho para os restantes trabalhadores.

A remuneração e os incentivos financeiros são certamente as abordagens mais comumente utilizadas para melhorar o recrutamento (Dambisya, 2007), a retenção, a motivação e o desempenho dos trabalhadores de saúde, no entanto, a satisfação no trabalho inclui certamente outros factores. Acredita-se que a motivação seja um factor chave para o desempenho de indivíduos e organizações (Luoma, 2006) e o inquérito efectuado aos médicos do projecto «Saúde para Todos» assim o demonstra. Para os decisores políticos e gestores de saúde torna-se um desafio entender a importância crucial da motivação dos trabalhadores da saúde em contexto de recursos escassos e ser

capaz de os levar a aderir e executar um determinado padrão de desempenho (Luoma, 2006). Uma maior autonomia, ou o controlo sobre o próprio trabalho, uma maior latitude na tomada de decisões por meio da experiência pessoal, taxas de rotatividade, limitações ao horário de trabalho, cedência de períodos de descanso podem ter um impacto directo sobre a qualidade dos serviços.

4.3.3.1.1. Incentivos Financeiros

Os incentivos financeiros são importantes e o problema dos baixos salários deve ser resolvido especialmente em situações onde os mesmos são insuficientes para dar resposta às necessidades mais básicas dos profissionais de saúde e suas famílias (Mathauer e Imhoff, 2006). Mas a evidência aponta para o facto de o aumento dos salários não ser suficiente para resolver o problema da baixa motivação (Zurn et al, 2006) e qualquer estratégia global para maximizar a motivação dos trabalhadores de saúde no contexto de países em desenvolvimento tem de envolver uma combinação de recursos financeiros e incentivos não financeiros (Dambisya, 2007).

Por outro lado, a viabilidade de aumentar os salários deve ser cuidadosamente avaliada, já que os custos salariais representam entre 65% e 80% das despesas correntes dos sistemas de saúde. Aumentar, por exemplo, no sector público, os salários de enfermagem, apesar de bastante inferiores aos dos médicos, poderá ser proibitivo pelo peso que têm nos custos correntes por constituírem uma parte significativa dos trabalhadores de saúde (Friedman, 2004). Também o efeito da atribuição de subsídios e incentivos financeiros sobre a motivação do pessoal é muitas vezes de natureza temporária.

4.3.3.1.2. Incentivos não Financeiros

Um número crescente de estudos qualitativos revela os limites dos incentivos financeiros e a importância dos não financeiros para a satisfação profissional de profissionais de saúde (Mathauer e Imhoff, 2006). Como se deduz do estudo efectuado neste trabalho, os trabalhadores de saúde são fortemente guiados pela sua consciência profissional e aspectos relacionados com a ética profissional. Muitos profissionais de saúde parecem estar desmotivados porque são incapazes de satisfazer a sua consciência profissional e impedidos de prosseguir a sua vocação devido à falta de meios e materiais. A garantia da disponibilidade de meios essenciais, como equipamentos e materiais e condições de trabalho adequadas com instalações dignas, parecem ser

formas eficazes de contribuir para a motivação no trabalho. Também a liderança, processo pelo qual um indivíduo influencia um grupo para alcançar um objectivo comum, poderá estar positivamente correlacionada com a satisfação dos profissionais de saúde (Zurn et al, 2006).

Conclui-se que os trabalhadores de saúde necessitam de apoios, que vão desde os relacionados com aspectos técnicos e psicológicos até às necessidades pessoais. Uma cultura de supervisão, a institucionalização do reconhecimento dos trabalhadores de saúde, a alocação de oportunidades de formação de forma igual e transparente tendo em vista a unidade dos trabalhadores de saúde para a aprendizagem e aquisição de novos conhecimentos, o aumento de oportunidades de participação e o reforço da liderança são factores que contribuem para a satisfação destes profissionais. No entanto, do mesmo modo que os incentivos financeiros, a introdução e institucionalização de incentivos não financeiros tem os seus custos e a mudança da cultura organizacional deve ser gradual.

4.3.4. A Importância da Avaliação do Impacto de Iniciativas Motivadoras

Não existindo uma fórmula comum a todas as situações para tornar os trabalhadores de saúde mais motivados, os planos para a aplicação de recursos financeiros e incentivos não financeiros, devendo ser realistas, podem ter impactos positivos. Exemplo disso é um projecto levado a cabo na Zâmbia, no âmbito do qual a introdução de cursos de reciclagem para o pessoal médico parece ter conduzido a uma maior taxa de retenção; na Etiópia, uma mistura de educação médica continuada, oferta de habitação, criação de uma estrutura de carreira clara e um número definido de serviços em hospitais também levou a maior satisfação e retenção de pessoal (Mathauer e Imhoff, 2006).

Na verdade, a maioria dos países, no âmbito público ou privado, em programas apoiados por doadores ou executados por ONG aplicam uma série de incentivos. No entanto, muitas vezes estas experiências não são avaliadas de forma sistemática o que não tem permitido o desenvolvimento de métodos simples e práticos de aferição do impacto dos incentivos sobre a motivação do pessoal. Todas as instituições de saúde deveriam ser instadas a alimentar bases de dados, cuja informação permitiria aos políticos monitorizar as carreiras dos trabalhadores de saúde e apoiar instituições de saúde onde existe lacuna a nível de recursos humanos (Chikanda, 2004).

4.4. Análise do Projecto «Saúde para Todos»

4.4.1. Resultados de Inquérito Efectuado aos Médicos do Projecto

Literatura diversa da área económica demonstra que as diferenças de salários entre países fornecedores e países receptores de trabalhadores de saúde são factor determinante na vontade de emigrar. A opção pelo aumento dos salários destes profissionais para os reter nos seus países tem sido muitas vezes discutida, apesar de existir pouca informação sobre o sucesso ou insucesso destas iniciativas. Para se ter uma ideia da importância relativa dos factores que influenciam a vontade de emigrar foi considerado útil analisar os dados de um inquérito efectuado a profissionais de saúde do projecto «Saúde para Todos» em São Tomé e Príncipe.

O número de profissionais a trabalhar para o projecto era 414 em 2007, entre eles 7 delegados de saúde, 15 médicos e 108 enfermeiros. O número de habitantes por médico tem aumentado significativamente fixando-se, em 2007, em 2.175/médico. Relativamente aos enfermeiros, a situação é melhor, 469/enfermeiro, resultado da incorporação de um número significativo de novos profissionais formados, a partir de 2003, pelo Instituto de Ciências da Saúde Dr. Victor Sá Machado, o mesmo não acontecendo com os médicos, cuja formação é efectuada no exterior. Uma vez que são os melhor qualificados os que maior capacidade financeira têm de emigrar e maior procura no mercado global, foram inquiridos 17 médicos sobre a sua situação actual, em termos de emprego e quais as suas perspectivas futuras. Optou-se pelo anonimato na feitura das questões em anexo tendo em vista o alcance de maior imparcialidade nas respostas dos inquiridos.

Os resultados revelaram que a maioria dos médicos inquiridos - 76,4% - ao deixar de auferir o complemento de salário após o término do projecto, não pretende abandonar o país. Dos 23,6% restantes, 11,6% pretendem simplesmente emigrar, 5,8% fá-lo-ão apenas em situação de precariedade e 6,2% pela questão específica salarial. Dos que não pretendem emigrar, 84,6% fazem-no com espírito de missão, vontade de contribuir para o desenvolvimento do país. Registe-se que antes de trabalharem no projecto, 58,6% não quiseram emigrar, 29,4% quiseram simplesmente fazê-lo e 12% quiseram fazê-lo para formação.

Relativamente à questão da utilidade do pagamento de um salário mais realista e justo durante um período limitado de tempo, 16 médicos responderam que é útil, mesmo limitado no tempo, e 1 respondeu que a limitação no tempo provoca desmotivação e agravamento do nível de prestação de serviços. Daqueles 16, 6 justificaram-no com a melhoria da prestação de cuidados de saúde no país, 4 com o facto de os salários serem baixos, 2 com o facto de permitir a realização de sonhos básicos e outros 2 com o facto de permitir que o Estado vá interiorizando a necessidade de aumento de salários e a melhoria das condições de trabalho dos trabalhadores de saúde.

Estes resultados revelam que, apesar da atribuição de um incentivo financeiro para conter a fuga de cérebros, estes médicos encontram-se motivados por influência de outros factores que não apenas o financeiro. A maioria destes profissionais não pretende emigrar após o término do projecto, não sendo no entanto de aviltar a elevada taxa de médicos e enfermeiros na diáspora e a necessidade de reverter esta situação.

4.4.2. Importância da Sustentabilidade dos Projectos

O glossário da cooperação portuguesa (IPAD, 2002) define projecto como «um conjunto de operações articuladas para produzir um determinado produto, que visam alcançar um objectivo, num horizonte temporal delimitado». Um projecto deve, assim, ter uma duração claramente definida. Pode apresentar bons resultados durante a sua própria duração que, por definição, é o período de tempo no qual se introduzem meios e processos anteriormente ausentes numa comunidade, podendo voltar ao estágio anterior no dia em que termina o financiamento e se retiram esses meios introduzidos. Um bom projecto deve procurar desencadear dinâmicas positivas que se auto-reproduzem ou auto-sustentam e as diversas componentes de um projecto devem ser pensadas em termos deste objectivo de sustentabilidade.

Actualmente, apesar da crescente ênfase dada à apropriação dos programas implementados sobretudo por ONG em países em desenvolvimento, a maioria das avaliações levadas a cabo apenas incidem nos resultados directos e imediatos (*output*), dando raramente lugar a processos mais complexos e temporalmente alargados de forma a analisar os resultados finais (*outcome*) e o impacto de longo prazo das intervenções (Biekart, 1999: 214). É elevado o número de projectos cujas acções, após o financiamento externo são suspensas não resultando daí qualquer melhoria para os países beneficiários.

4.4.3. Apropriação do Projecto

Neste quadro, identificados dois problemas bastante comuns no âmbito da ajuda ao desenvolvimento — o da sustentabilidade dos projectos por si só e o da «fuga de cérebros» —, há que tirar ilações quanto à apropriação do projecto «Saúde para Todos» pelo Estado santomense.

Envolvido o MS-STP nos custos do projecto desde o seu início, importa avaliar qual o esforço financeiro que o Estado santomense deverá assumir após o término do financiamento externo de forma que os seus benefícios perdurem no longo prazo. Efectuadas as melhorias ao nível dos trabalhos de construção, descentralização ao nível da gestão e aquisição de equipamento, a questão dos recursos humanos, ou seja, a manutenção do pessoal motivado e a trabalhar no país é o objectivo que maiores dúvidas suscita e que, a não concretizar-se, conduzirá a uma perversidade do objectivo geral do projecto. A dúvida prevalece a partir do momento em que durante um determinado período é pago um complemento de salário a todos os médicos, bem como incentivos de acordo com o seu desempenho. De acordo com dados fornecidos pela ONGD promotora do projecto, o reforço do orçamento afecto à saúde, na rubrica recursos humanos, no término do projecto deverá rondar os € 250 mil/ano para manutenção dos actuais salários.

Em STP, o orçamento da saúde tem sido definido de acordo com a disponibilidade de fundos e não por um plano coerente que vá de encontro às necessidades da população (World Bank, 2004). O planeamento de recursos humanos de saúde com uma previsão do número de trabalhadores de saúde necessários, sobretudo médicos, (Zurn et al, 2004) e propostas de políticas de desenvolvimento que contribuam para o alcance desse número são, desde logo, uma prioridade. Impõe-se, ainda, a análise da capacidade financeira do Estado santomense de acordo com uma política salarial dos funcionários da saúde sustentável, justa, transparente, com atribuição de subsídios de isolamento e de incentivos ou prémios de desempenho, tendo em conta o baixo salário auferido pelos quadros do MS-STP. Estes ganhos em eficiência só serão possíveis perante um sistema de gestão de recursos humanos com um quadro gestor competente (Martínez e Martineau, 1998) para ultrapassar nomeações para cargos de chefia com base em parcialidade e favoritismos, sem atenção às qualificações necessárias. Importa também garantir condições técnicas para o bom desempenho profissional, proporcionando

equipamentos para o exercício da profissão, segurança na prática profissional e ter em conta que a componente de formação constitui uma exigência para a evolução técnica e desenvolvimento profissional.

4.4.4. O Futuro do Sector da Saúde em São Tomé e Príncipe

Tendo em vista a recolha de dados para uma maior aproximação quanto à sustentabilidade da iniciativa levada a cabo em São Tomé e Príncipe para os cuidados primários de saúde, considerou-se útil a consulta a diversas personalidades.

António Cassandra, Presidente do Governo Regional do Príncipe, ele próprio impulsionador da extensão do projecto à Região Autónoma do Príncipe, considera que o Estado santomense terá capacidade para continuar a levar a cabo as acções do projecto, disso dependendo uma reorganização do Sistema de Saúde do país, alguma coerência nas prioridades do OGE e utilização de formas de evitar desperdícios de recursos. Em situação de severo constrangimento orçamental como é a do sector público de STP, dever-se-á ter presente que existem sempre gastos supérfluos na saúde, sobretudo a nível hospitalar, tal como referem Liu e Mills (2005). Um maior controlo das despesas pode contribuir para despesas essenciais como as relacionadas com os recursos humanos de saúde. Para complementar uma melhoria da gestão do sistema de saúde é essencial não só a existência de uma forte liderança, como introduzir mecanismos de avaliação de desempenho dos recursos humanos de saúde de forma a permitir uma melhoria gradual do exercício das suas funções. O governante considerou também fundamental a motivação dos recursos humanos de saúde não só através de salários dignos mas também proporcionando formações regulares e actualizações de conhecimento, acesso a documentação académica, em medicina e gestão. Afastou ainda a hipótese do Estado santomense não vir a apropriar-se do projecto «Saúde para Todos», o que seria caótico para o país.

Edgar Neves, médico e coordenador do projecto em STP, crê na capacidade de manutenção por parte do Estado santomense das estruturas de saúde afectas ao projecto, ou seja, os centros e postos de saúde reabilitados e em pleno funcionamento. Não acredita, porém, nessa capacidade relativamente à manutenção dos salários e subsídios aos médicos e técnicos do projecto. Não descurando o risco da incapacidade de melhoria dos salários por parte do Estado, considera que os médicos, por não serem

muito jovens, passados sete anos a trabalhar para o projecto, não emigrarão em busca de melhores condições de trabalho.

Ahmed Zaky, Director da ONGD portuguesa que está a implementar o projecto em São Tomé e Príncipe, considera que os bons resultados alcançados até ao presente dependem do empenho das pessoas, de uma forte liderança, de um acompanhamento permanente e muito próximo por parte da ONGD e duma selecção rigorosa dos colaboradores no projecto. Sem estas condições, de pouco valem os recursos financeiros. Por outro lado, para que um projecto desta natureza tenha algum impacto, é essencial que seja implementado num espaço temporal alargado. Acredita que o país continuará a beneficiar da injeção de recursos financeiros no futuro não tendo, no entanto, garantias quanto à sua eficaz aplicabilidade. A ONGD pretende manter o apoio logístico e assistência técnica ao país, para além do tempo de duração do projecto, tendo em conta as relações de afectividade estabelecidas ao longo dos anos e uma maior facilidade de Portugal no acesso aos mercados internacionais relativamente à compra de equipamentos e medicamentos. O futuro dependerá em boa parte da vontade política do Estado santomense em assumir as acções do projecto.

A Directora de Gabinete do Ministro da Saúde de São Tomé e Príncipe acredita na capacidade do sector da saúde do seu país assumir financeiramente as acções do projecto, apenas de forma gradual — no primeiro ano 30%, no segundo 60% e no terceiro ano 90%. De qualquer forma, desde o início do seu trabalho no projecto, os profissionais têm consciência de que os incentivos e complementos de salário são temporários, o que lhes permite, durante um determinado período da sua vida, construir uma vida melhor. A possibilidade de emigração não é encarada como alternativa à redução dos seus salários no término do projecto tendo em conta o subaproveitamento de técnicos de saúde imigrantes nos países desenvolvidos.

4.4.5. Projectos de Desenvolvimento como Catalisadores de Mudança

Partindo da premissa de que iniciativas como o projecto «Saúde para Todos» levam a reorganizações sectoriais e, por vezes, a mudanças políticas devido a pressões por parte da população sobre o seu Governo, se o Estado santomense não actuar de forma a apropriar-se do projecto poderá dar origem a uma contestação popular a favor da boa governação e de um Governo dirigido para o benefício das suas populações. A este propósito foi referido pelo Director do IMVF, anteriormente a trabalhar em São Tomé e Príncipe num projecto de apoio ao Hospital de Monte Café, o exemplo do

descomprometimento do Governo da altura em relação à renovação do protocolo com a entidade responsável pelo projecto, tendo levado à demissão desse mesmo Governo pelo Presidente Trovoadá.

Conclusão

O projecto «Saúde para Todos» apresenta uma intervenção inovadora levada a cabo durante alguns anos, inicialmente em dois distritos de São Tomé e Príncipe (Mé-Zochi e Cantagalo) e mais tarde alargada a todos, com o objectivo de proporcionar àquela população um pacote integrado de cuidados primários e preventivos de saúde e contribuir para o estabelecimento de um sistema de saúde sustentável.

O projecto tem o enquadramento político ideal e é acompanhado com empenho e interesse por parte do MS-STP que está interessado em apropriar-se do modelo. Relativamente à sustentabilidade social e cultural, corresponde correctamente às necessidades locais, respeitando as estruturas do poder local, sistema de valores e crenças; do ponto de vista técnico, integra-se nas infra-estruturas institucionais, as quais perdurarão para além da vida do projecto. Os equipamentos fornecidos, e a formação a eles associada, têm aumentado o nível de conhecimentos e de capacidade dos técnicos, todos nacionais, inseridos no SNS e aptos a assumir o projecto. Quanto à sustentabilidade económica e financeira, em qualquer projecto há sempre um conjunto de pressupostos que estão para além do controlo directo da entidade executora do mesmo muito dependendo, neste caso, da opção política de redefinição do modelo de financiamento do SNS.

Quanto à probabilidade dos benefícios perdurarem a longo prazo, entendendo benefícios como as vantagens líquidas do projecto, concluiu-se, pelo inquérito efectuado aos recursos humanos afectos ao projecto «Saúde para Todos», que é elevada a sua motivação, resultado do investimento feito em salários e na melhoria das condições gerais em que trabalham. No entanto, sendo um país economicamente vulnerável, essencialmente dependente da cultura do cacau, cujos recursos estão sujeitos às variações do mercado internacional, a ajuda proveniente do exterior é essencial à manutenção dos benefícios. É certo que é fraca a capacidade de gestão do MS-STP, sobretudo no que se refere ao planeamento, orçamentação e monitorização das actividades, deteriorando significativamente o desempenho dos serviços do país. Assim, o sector da saúde de São Tomé e Príncipe, país com uma das mais baixas taxas de médicos por habitante do mundo, necessita do desenvolvimento de uma política de gestão de recursos humanos que influencie um aumento da proporção do OGE com o apoio dos doadores para garantir melhores salários e o desenvolvimento profissional adequado.

Quanto à questão de fundo do pagamento de incentivos aos médicos como forma de retenção no seu país durante um período limitado de tempo, independentemente da capacidade do país de prosseguir ou não com a política implementada durante o projecto, deduz-se que este tipo de apoios são uma abertura de caminhos e possibilidades nova para o desenvolvimento, através do efeito demonstrativo, um estímulo ao reforço da sociedade civil e uma via para a promoção da capacidade de desenvolvimento sustentado dos países beneficiários. Poderá mesmo afirmar-se que sem este tipo de iniciativa, nada se transforma.

Relativamente à possibilidade da emigração em bloco dos médicos do projecto, isto é, de os benefícios do projecto se transformarem em prejuízo para o seu sector da saúde, verificou-se que é indispensável que os projectos que promovam estas iniciativas tenham uma duração média de 6 a 10 anos. Assim, durante um período relativamente extenso será proporcionado a potenciais emigrantes um nível de vida suficientemente gratificante que os leve a excluir a possibilidade de trabalhar fora do seu país e de procura de melhores condições de vida. A prática de emigrar é mais corrente em médicos muito jovens, em princípio de carreira, e menos em médicos com alguma experiência de vida, cujos ensinamentos lhes permitiram apreender outros benefícios que não apenas a prosperidade financeira.

Bibliografia

Adams, O., Hicks, V. (2000), *Pay and Non-Pay Incentives, Performance and Motivation*, Paper Prepared for WHO's Workshop on a Global Health Workforce Strategy, Annecy, France, World Health Organization.

Alkire, S., Chen, L. (2004), *Medical Exceptionalism in International Migration: Should Doctors and Nurses Be Treated Differently?*, Working Paper 7-3, Global Health Trust.

Banco de Portugal (2008), *Evolução das Economias dos PALOP e de Timor Leste 2007/2008*, www.bportugal.pt.

Banco Mundial (1994), *Para uma saúde melhor em África: As lições da experiência*, Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial, Washington D.C.

Banque Africaine de Développement (2005), *São Tomé e Príncipe, Document de Sstratégie par Pays (axe sur les resultats), 2005-2009*, Fonds Africain de Développement.

Berman, P., Bossert, T. (2000), *A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?*, Data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health.

Biekart, K. (1999), «Evaluación del Impacto de la Ayuda Privada Orientada al Fortalecimiento de la Sociedad Civil» in *La Eficacia de la Cooperación Internacional al Desarrollo: Evaluación de la Ayuda*, eds. J. A. Alonso, P. Mosley, Biblioteca Civitas Economía y Empresa, Colección Economía.

Bossel, H. (1999), *Indicators for Sustainable Development: Theory, Method, Applications. A report to the Balaton Group*, Winnipeg: IISD.

Bossert, T. (1990), *ACSI-CCCD Sustainability Strategy*, Prepared for Africa Bureau, Agency for International Development, University Research Corporation, Bethesda, MD.

Bossert, T., Bärnighausen, T., Bowser, D., Mitchell, A., Gedik, G. (2007), *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health*, World Health Organization.

Brautigam, D., Botchwey, K. (1999), *The Institutional Impact of Aid Dependence on Recipients in Africa*, Chr. Michelsen Institut.

Brunel, S. (1993), *Le Gaspillage de l'Aide Publique*, Paris, Seuil, 1993.

Bumgardner, H., Ellis, W., Lynton, R., Jung, C., Rigney, J. (1971), *A Guide to Institution Building for Team Leaders of Technical Assistance Projects*, Washington, D. C. and Chapel Hill, N.C., South-East Consortium for International Development.

Caixa Geral de Depósitos (2005), *São Tomé e Príncipe, Olhar o Futuro*.

Canadian Public Health Association (1990), *Sustainability and Equity in PHC in Developing Countries*, Position Paper.

Cardoso, M. (2007), *Cabo Verde e S. Tomé e Príncipe, Educação e Infra-estruturas como Factores de Desenvolvimento*, Edições Afrontamento.

CE, (2006), *Programa Europeu de Acção, para fazer face à Escassez Crítica de Profissionais da Saúde nos Países em Desenvolvimento (2007-2013)*, COM 870 final, Comissão das Comunidades Europeias.

Chabal, P., Dalloz, T. (1999), *L'Afrique est Partie! Du désordre comme instrument politique*, Paris, Economica.

Chen L., Singh, S. (1995), *Sustainability of the Children's Summit Goals: Concepts and Strategies*, Presented at the Workshop, The World Summit for Children's Goals, International Child Development Centre, UNICEF, Florence, June.

Chen, L., Boufford, J. (2005), «Fatal Flows — Doctors on the Move», *The New England Journal of Medicine*, vol. 353; 17, www.nejm.org, 1850-2.

Chikanda, A. (2004), *Skilled Health Professionals Migration and Its Impact on Health Care Delivery in Zimbabwe*, Working Paper nº 4, Centre on Migration, Policy and Society, University of Oxford.

Courtney, J. (2007), «Does Partnership and Sustainability Really Happen? A Case Study of an In-service Health Education Programme Implemented in one Province in Cambodia», *International Journal of Educational Development* 27, 625–636.

Dambisya, Y. (2007), «What Do We Need To Do To Keep Health Workers in Africa?», University of Limpopo, *Equinet Newsletter* 82, 1 December.

Degnbol-Martinussen, J., Engberg-Pedersen, P. (2003), *Aid: Understanding International Development Cooperation*, Zed Books, Ltd.

Ferreira, M. (1990), «Pobreza Absoluta e Desigualdades Sociais, Ajustamento Estrutural e Democracia na R. D. São Tomé e Príncipe», in *Revista Internacional de Estudos Africanos*, nºs 12 e 13, 137-166.

Fisher, W. (1997), «Doing Good? The Politics and Antipolitics of NGO Practices», Department of Anthropology, Harvard University, Cambridge, Massachusetts, *Annual Review of Anthropology*, 26: 39-64.

Freitas, P., Santana, P., Zaky, A., Vaz, A., Neves, E., Lima, A. (2010), *Saúde para Todos, Mudando o Paradigma de Prestação dos Cuidados de Saúde em São Tomé e Príncipe, Estudo de Caso da Intervenção do Instituto Marquês de Valle Flôr em São Tomé e Príncipe 1988-2008*, Menção Honrosa Prémio Bial 2008.

Friedman, E. (2004), *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, A Report by Physicians for Human Rights, Boston.

Gauri, V. (2003), *Social Rights and Economics Claims to Health Care and Education in Developing Countries*, Policy Research Working Paper, The World Bank Development Research Group.

- Godfrey, M., Sophal, C., Kato, T., Piseth, L., Dorina, P., Saravy, T., Savora, T., Sovannarith, S. (2002), «Technical Assistance and Capacity Development in an Aid-dependent Economy: The Experience of Cambodia», *World Development*, vol. 30, n° 3, pp. 355–373.
- Gruen, R., Elliott, J., Nolan, M., Lawton, P., Parkhill, A., McLaren, C., Lavis, J. (2008), «Sustainability Science: an Integrated Approach for Health-Programme Planning», *Lancet*, 372: 1579–89.
- Hamilton, K., Yau, J. (2004), *The Global Tug-of-War for Health Care Workers*, Migration Policy Institute.
- Hodgkin, J. (1994), *The Sustainability of Donor-Assisted Rural Water Supply Projects*, Water and Sanitation for Health Project, Washington, D.C.
- Huntington, S. (1968), *Political Order in Changing Societies*, New Haven, Yale University Press.
- IOM (2003), *World Migration 2003: Managed Migration*, International Organization for Migration, Geneva, Switzerland.
- IPAD (2007), *Avaliação no Percurso São Tomé e Príncipe (2005-2006) – Projecto «Saúde para Todos (Relatório Final)»*, Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- IPAD (2008), *Programa Indicativo de Cooperação Portugal/São Tomé e Príncipe 2008-2011*, Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.
- JLI (2004), *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, (JLI), Joint Learning Initiative, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Lafond, Anne (1995), *Sustaining Primary Health Care*, London, Earthscan Publications Ltd.
- Lewis, Jay (2008), «Health Care Worker Shortage Maybe Exacerbating HIV/AIDS Epidemic», *Infectious Disease News*.
- Liu, X., Mills, A. (2005), «The Effect of Performance-related Pay of Hospital Doctors on Hospital Behaviour: A Case Study from Shandong, China», *Human Resources for Health*, 3 (11).
- Loevinshon, B., Harding, A. (2004), *Contracting for Delivery of Community Health Services: a Review of Global Experience*, HNO discussion papers, World Bank.
- Loevinshon, B., Harding, A. (2005), «Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries», Public Health, *Lancet*.
- Luoma, M. (2006), «Increasing the Motivation of Health Care Workers», *The Capacity Project*, Technical Brief 7, September, Available: http://www.capacityproject.org/images/stories/files/techbrief_7.pdfsourcecenter.
- Martínez, J., Martineau, T. (1998), «Rethinking Human Resources: an Agenda for the Millennium», *Health Policy and Planning*, 13, Oxford University Press.

Mathauer, I., Imhoff, I. (2006), «Health Worker Motivation in Africa: The Role of Non-Financial Incentives and Human Resource Management Tools», *Human Resources for Health*, 4:24, <http://www.human-resources-health.com/content/4/1/24>.

Ministério de Plano e Finanças São Tomé e Príncipe (2002), *Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, versão final*.

Mullan, F. (2005), «The Metrics of the Physician Brain Drain», *The New England Journal of Medicine*, 353, p. 1810-18.

Olsen, Ingvar T. (1998), «Sustainability of Health Care: a Framework for Analysis», *Health Policy and Planning*, 13: 287–95.

OMS (2005), *Estratégia de Cooperação da OMS com a República Democrática de São Tomé e Príncipe 2006-2009*, Organização Mundial de Saúde, Regional Office for África, Brazzaville.

Pluye, P., Potvin, L., Denis, J. (2004), «Making Public Health Programs Last: Conceptualizing Sustainability», *Evaluation and Program Planning* 27, 121–133.

PNUD (2002), *Rapport National de Développement Humain, São Tomé et Príncipe, 2002, Changement de 1990 à 2002 et Développement Humain*, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Nações Unidas, New York.

PNUD (2009), *Human Development Report 2009*, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Nações Unidas, New York.

Powell, M. (2001), «A Comparative Study of TVET Projects — Implementation Experiences from Jamaica and The Gambia», *International Journal of Educational Development*, 21, 417–431.

Rebola, E. (2004), *Funcionamento e Sustentabilidade das Organizações Não Governamentais para o Desenvolvimento em Portugal*, Tese de Mestrado, ISEG.

Romana, H. (1996), *São Tomé e Príncipe, Elementos para uma Análise Antropológica das suas Vulnerabilidades*, Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.

Rosenberg, A., Hartwig, K., Merson, M. (2008), «Government–NGO Collaboration and Sustainability of Orphans and Vulnerable Children Projects in Southern Africa», Center for Interdisciplinary Research on AIDS, Yale University School of Medicine. *Evaluation and Program Planning* 31, 51–60.

Santo, A. (2008), *Economia de S. Tomé e Príncipe, entre o Regime do Partido Único e o Multipartidarismo*, Edições Colibri.

Santo, A. (2009), *S. Tomé e Príncipe, Problemas e Perspectivas para o seu Desenvolvimento*, Edições Colibri.

Sarriot, E., Winch, P., Ryan, L., Edison, J., Bowie, J., Swedberg, E., Welch, R. (2004), «Qualitative Research to Make Practical Sense of Sustainability in Primary Health Care Projects Implemented by Non-Governmental Organizations»; *International Journal of Health Planning and Management*.

Sarriot, E., Winch, P., Ryan, L., Bowie, J., Kouletio, M., Swedberg, E., LeBan, K., Edison, J., Welch, R., Pacque, M. (2004a), «A Methodological Approach and Framework for Sustainability Assessment in NGO Implemented Primary Health Care Programs», *International Journal of Health Planning and Management*, 19: 23–41. Published online in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

Savaya, R., Spiro, S., Elran-Barak, R. (2008), «Sustainability of Social Programs: A Comparative Case Study Analysis», *American Journal of Evaluation* 29; 478, Tel Aviv University, Israel.

Scheirer, M. (2005), «Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability», *American Journal of Evaluation*, Vol. 26, n. 3, 320-347.

Scheirer, M., Hartling, G., Hagerman, D. (2008), «Defining Sustainability Outcomes of Health Programs: Illustrations from an on-line Survey», *Evaluation and Program Planning* 31, 335–346.

Shediac-Rizkallah, M., Bone, L. (1998), «Planning for the Sustainability of Community-Based Health Programs: Conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy», *Health Education Research*, vol. 13, n. 1.

Stefanini, A., Ruck, N. (1992), «Managing Externally Assisted Health Projects for Sustainability – a Framework for Assessment», *International Journal of Health Planning Management* 7:199-210.

Stevens, B., Peikes, D. (2006), «When the Funding Stops: Do Grantees of the Local Initiative Funding Partners Program Sustain Themselves?», *Evaluation and Programme Planning* 29, 153–161.

UNDP (2002), *Rapport National de Développement Humain, São Tomé et Príncipe, 2002, Changement de 1990 à 2002 et Développement Humain*, United Nations Development Programme.

UNICEF (1992), *Health Policies and Strategies, Sustainability, Integration and National Capacity-Building*, Policy Review Document, New York.

USAID (1998), *Sustainability of Development Programs: A Compendium of Donor Experience*, A.I.D. Program Evaluation Discussion Paper No. 24, Agency for International Development, Washington, D.C.

Varella, T., Pieratoni, C., (2007), «A Migração de Enfermeiros: um Problema de Saúde Pública», *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, 7, Abril/Junho 2007.

Vujicic M., Zurn P., Diallo K., Adams O., Dal Poz M., (2004) «The Role of Wages in the Migration of Health Care Professionals from Developing Countries», *Human Resources for Health*, <http://www.human-resourceshealth.com>.

World Bank (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, Washington D.C.

World Bank (1993), *Investing in Health*, World Development Report.

World Bank (2004), *São Tomé and Príncipe, a Country Economic Memorandum*, Report No. 29681-STP.

WHO (1981), «Global Strategy for Health for All by the Year 2000», Health for All Series, nº 3, World Health Organization, Geneva.

WHO (2006), *The World Health Report 2006, Working Together for Health*, World Health Organization.

WHO (2007), *International Action Needed to Increase Healthworkforce*, World Health Organization, www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr05/en/index.

Zurn, P., Dal Poz, M., Stilwell, B., Adams, B. (2004), «Imbalance in the Health Workforce», *Human Resources for Health*, 2:13.

Zurn, P., Dolea, C., Stilwell, B. (2006), *Nurse Retention and Recruitment: Developing a Motivated Workforce*, International Council of Nurses, World Health Organization.

Outras Fontes:

«Commonwealth Code of Practice for the International Recruitment of Health Workers: The Melbourne Manifesto», adopted at 5th Wonca World Rural Health Conference Melbourne, Australia, 3 May» 2002.

Country Watch (2007), *Sao Tome & Principe Country Review*, www.countrywatch.com.

IPAD (2002), *Glossário da Cooperação para o Desenvolvimento*, Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento: www.ipad.mne.gov.pt.

ISEG (1998), *Glossário de Termos*, Curso sobre Políticas Económicas de Desenvolvimento, Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional, Instituto Superior de Economia e Gestão.

Nações Unidas; *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres*, Resolução 34/180 da Assembleia Geral das Nações Unidas, 18 de Dezembro de 1979.

UNICEF (1989), *Convenção sobre os Direitos da Criança*, Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

United Kingdom Department of Health (2004), *Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals*.

United Nations (1948), *Universal Declaration of Human Rights*, General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948, Geneva, <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>.

United Nations (1966), *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly, resolution 2200A (XXI), of 16 December 1966.

United Nations (1987), *Report of the World Commission on Environment and Development*, General Assembly, Resolution 42/187.

WHO (1946), *Constitution of the World Health Organization*, adopted by the International Health Conference held in New York in June, 1946.

WHO (1978), *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, World Health Organization.

WHO (1997), *50th World Health Assembly*, World Health Organization.

World Medical Association (2003), *WMA Statement on Ethical Guidelines for the International Recruitment of Physicians*, Adopted by the WMA General Assembly, Helsinki 2003.

Pessoas Contactadas:

Ahmed Zaky, Director do IMVF

António Cassandra, Presidente do Governo Regional do Príncipe

Edgar Neves, Coordenador do Projecto «Saúde para Todos» em São Tomé e Príncipe

Juliana Ramos, Directora de Gabinete do Ministro da Saúde de São Tomé e Príncipe

Anexo I

Questionário efectuado aos Médicos do Projecto «Saúde para Todos»

- A. *Qual a função que ocupa.*
- B. *Partindo do pressuposto de que após o seu término, em 2012, os trabalhadores de saúde do projecto «Saúde para Todos» vão deixar de auferir um complemento de salário, pretende emigrar?*
- i. *Em caso afirmativo, para onde, e quais as principais razões para a vontade de emigrar.*
- a) *Vontade de trabalhar em sistemas de saúde bem administrados*
 - b) *Vontade de continuar o ensino ou formação*
 - c) *Desejo de ter melhores condições de trabalho*
 - d) *Desejo de remuneração melhor ou mais realista*
 - e) *Degradação geral da situação económica do país*
 - f) *Falta de oportunidades de promoção profissional*
- ii. *Em caso negativo, quais as principais razões para não emigrar.*
- C. *Que factores o encorajariam a permanecer no seu país, neste caso, em São Tomé e Príncipe.*
- D. *Já emigrou do seu país e trabalhou na área da saúde noutro país? Se sim, qual e porquê.*
- E. *Pensou em emigrar antes de auferir o complemento de salário atribuído pelo projecto?*
- F. *O pagamento de um complemento de salário como forma de incentivo à fixação dos quadros de saúde do país é útil para o país, uma vez limitado no tempo?*
- i. *Em caso afirmativo, justifique.*
- ii. *Em caso negativo, quais os efeitos nocivos?*